

YRKESHÖGSKOLAN

NOVIA

DEN UTBILDADE BARNMORSKAN MED DIG I 200 ÅR

Ett axplock ur den österbottniska barnmorskans historia

Jubileumsbok

MATINTUPA, E MFL (RED.)



SERIE S: STUDERANDES ARBETEN, 3/2016

Utgivare: Yrkeshögskolan Novia, Wolffskavägen 33, 65200 Vasa, Finland
© Yrkeshögskolan Novia,
Novia Publikation och produktion, serie S: Studerandes arbeten, 3/2016
ISBN 978-952-7048-38-2
ISSN 1799-4209



***Den utbildade
barnmorskan med
dig i 200 år***

***Ett axplock ur
den österbottniska
barnmorskans historia***

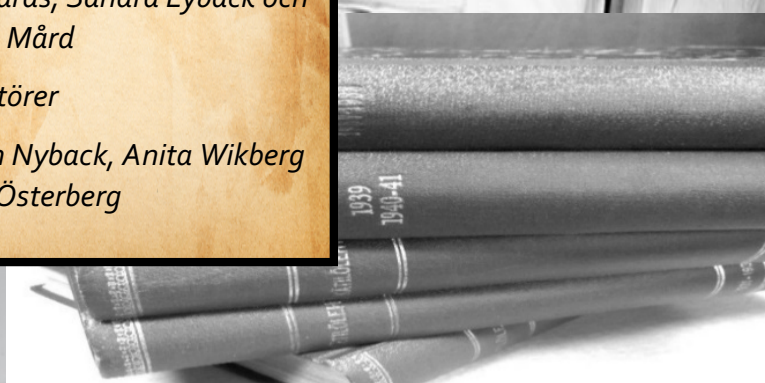
Jubileumsbok Novia 2016

Författare

*Carolina Granholm, Linda Hinds, Karoliina
Koivurinne, Sandra Landgårds, Sandra Lybäck och
Mikaela Mård*

Redaktörer

*Eva Matintupa, Maj-Helen Nyback, Anita Wikberg
och Terese Österberg*



Utgivare: Yrkeshögskolan Novia, Wolffskavägen 33, 65200 Vasa, Finland
© Yrkeshögskolan Novia, Eva Matintupa, Maj-Helen Nyback, Anita Wikberg och Terese
Österberg
Källhänvisningarna för fotografierna på pärmen finns i texten
Novia Publikation och produktion, serie S 3/2016
ISBN 978-952-7048-35-1
ISSN 1799-4209

Sammanfattning

Att beskriva barnmorskans arbete och utveckling av professionen under två sekel i en jubileumsbok är nästintill omöjligt, så valet är att göra djupdykningar i olika tidsåldrar och i olika arbetsuppgifter som barnmorskan har haft samt i utbildningen av barnmorskor i Vasa. Jubileumsboken är ett resultat av barnmorskestuderandes examens- och utvecklingsarbeten, skrivna och producerade under 2015 och 2016.

Mård (2015, 1) skriver i sin inledning att *”betydelsen av historia är svår att mäta, eftersom historien är en så oskiljaktig del av den mänskliga tillvaron. Ofta är det de, som är intresserade av nutiden, som också intresserar sig för historien (Hyrkkänen, 2008, s. 199–200). Det är viktigt att känna till sin egen historia och de rötter som det egna yrket bygger vidare på... och [det] skapar samtidigt en djupare yrkesidentitet”*. Mård har valt att fokusera på den perinatale dödligheten i Kristinestads provinsial-läkardistrikt i slutet av 1800-talet och att undersöka vilka faktorer hos kvinnan och barnet som ökade risken för perinatal dödlighet. Datamaterialet utgörs av dokument från landsarkivet i Vasa och består av förlossningsförteckningar samt årssammandrag.

Kättilölehti/Tidskrift för barnmorskor är en viktig datakälla då de bärande idéerna och tankarna kring barnmorskans arbetsförhållanden, under tiden för övergången från hemförlossning till förlossningssjukhus (från början av 1930-talet fram till 1960-talet), beskrivs. Lybäck och Koivurinne (2015) har analyserat 80 artiklar som ingått i tidskriften under de ovannämnda åren. De konstaterar att det är mycket som skiljer beträffande arbetsförhållandena för barnmorskorna under 1930–1960 talet och idag. Barnmorskorna idag har fastställd arbetstid och har både privatliv och fritid. I studien framkom att arbetsförhållandena från 1930-talet till 1960-talet krävde att barnmorskorna ofta skulle vara nåbara dygnet runt och att fritiden samt privatlivet blev lidande. *”Känslan av att barnmorskan oftast hade sin yrkesidentitet var påtaglig. I dagens samhälle har barnmorskorna tid för att vara mer än bara barnmorska.”*

Landgårds och Hinds (2016) väljer i sitt examensarbete att beskriva den kommunala mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten. År 1944 lagstodgades rådgivningsverksamheten och 1972 stiftades Folkhälsolagen, vilket medförde att rådgivnings-verksamheten införlivades med primärvården och verkställdes på hälsovårdscentralerna. Datamaterialet utgörs av intervjuer med nulevande barnmorskor som var yrkesverksamma under den tid studien fokuserar på. Det ger en intressant inblick i hur utvecklingen har gått framåt, hur arbetslagstiftningen och samhällsutvecklingen påverkar yrkesutövningen vilket följande citat belyser *”Och den där tiden var man ju liksom dygnet runt i beredskap alltid, att man var ju inte som ledig och hade åtta timmars arbete utan man var ända tills ja det var väl först vid -72 som man började lyda under arbetstidslagen”*.

Granholt (2015) har valt att fokusera på närhistorien, barnmorskeutbildningen i Vasa. På 1960-talet var barnmorskebristen stor i Vasa och orsaken till bristen var att det inte regelbundet utbildades barnmorskor på svenska i Finland. År 1978 startade en specialiseringsutbildning i moderskapsvård och gynekologisk sjukvård i Vasa. Utbildningen var en specialiseringsutbildning för de som tidigare hade gått en 2,5-årig sjukskötarutbildning. Utbildningsreformerna har avlöst varandra och från att barnmorskeutbildningen har varit en specialiseringsutbildning på 1 år övergick den vid mellanstadiereformen att bli en utbildning på 3,5 år och yrkesbeteckningen specialsjukskötare-barnmorska ändrades till enbart barnmorska. År 1993 förändrades utbildningen ytterligare för att anpassas till de krav EU ställer på barnmorskeutbildningen och 1996 blev den en yrkeshögskoleutbildning. Utbildningen förlängdes med 1 år, från 3½ år till 4½ år, praktiken förlängdes också. Ungefär 223 barnmorskor har utexaminerats i Vasa åren 1978–2015. Antalet är ungefärligt, eftersom exakt statistik före 1993 saknas.

Boken presenterar de olika examensarbetena i alfabetisk ordning enligt författarens/författarnas efternamn. Samtliga avsnitt avslutas med en bild av en poster som är producerad med tanke på jubileet som hålls i Vasa i första november 2016 och postrarna har sitt ursprung i de olika teman (examensarbeten) som presenteras. Postrarna är en vidareutveckling och visualisering av de resultat som erhållits i examensarbetet.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Barnmorskeutbildningens historia i Vasa – en kvalitativ intervjustudie	2
Inledning.....	2
Syfte och frågeställningar.....	2
Huvud-hand-hjärta modellen	2
Barnmorskans historia	4
Läroböcker inom förlossningskonst.....	4
Barnmorskeutbildningen startar i Sverige.....	5
Lyda, tåla och tåga.....	6
Barnmorskornas utbildningshistoria i Finland.....	7
Finlands första utbildade barnmorskor.....	7
Städerna anställer utbildade barnmorskor.....	8
Finland startar egen barnmorskeutbildning.....	8
Barnmorskeutbildningens historia i Vasa.....	11
Metod och etik	11
Semistrukturerade intervjuer och skriftligt datainsamlingsmaterial.....	11
Undersökningens praktiska genomförande.....	12
Kvalitativ innehållsanalys.....	13
Etik.....	14
Resultat.....	15
Informanterna	15
Olika nivåer på barnmorskeutbildningen i Vasa	16
Barnmorskeutbildning på institutnivå.....	16
Barnmorskeutbildningen på Yrkeshögskolenivå.....	19
Inträdeskrav.....	19
Utveckling i yrkesrollen och den egna identiteten.....	20
Läroplanens förändring under utbildningen	21
Utbildningens struktur från barnmorskeutbildningens början.....	21
Läroplanen efter mellanstadiereformen fram till Yrkeshögskola	22
Läroplanen under Yrkeshögskolans tid.....	23
Betydelsefull vetenskap för barnmorskestuderande.....	24
Vårdarnas vetenskap.....	24
Tolkning	25
Kritisk granskning	27
Diskussion	28
Källförteckning.....	30

Bilaga 1 Förfrågan om intervjuundersökning för examensarbete.....	31
Bilaga 2 Läroplaner för barnmorskor från 1978–2015.....	32
Poster: Barnmorskeriet i Österbotten	38
Den kommunala mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten	40
Inledning.....	40
Syfte och frågeställningar.....	40
Teoretiska utgångspunkter	41
Utredning av ord och fraser.....	41
En teori om professionalism i mödravård	43
Bakgrund.....	45
Mödrarådgivningens verksamhet idag.....	45
Barnmorskeutbildningens historia i Finland från året 1926.....	46
Lagstiftning om mödrarådgivningsverksamheten fram till år 1999.....	47
Mödrarådgivningens startskede i Finland	51
Arbetsuppgifterna inom mödrarådgivningen fram till 1950-talet	53
Attityder hos mödrarna vid starten av mödrarådgivningen.....	54
Moderskapsunderstödet	57
Metod	58
Intervjuer som datamaterial.....	59
Urvalet av informanter	59
Genomförandet av intervjuerna	60
Kvalitativ innehållsanalys.....	60
Etik.....	62
Resultat.....	63
Den kommunala barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen.....	64
Den kommunala barnmorskans arbetsupplevelser.....	69
Den kommunala barnmorskans egenskaper	76
Tolkning av resultat och resultatdiskussion	80
Den kommunala barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen.....	80
Den kommunala barnmorskans arbetsupplevelser.....	81
Den kommunala barnmorskans egenskaper	83
Kritisk granskning	85
Diskussion	87
Källförteckning.....	93
Bilaga 1 Barnmorskeutbildningens historia innan 1926.....	95
Bilaga 2 Information om studien, informerat samtycke till deltagande samtycke och intervjuguide.....	96

Poster: Hembesöken – Kommunala barnmorskors erfarenheter under åren 1944–1972 i Österbotten	97
Att förlösa i oljelampans sken – från hemförlossning till förlossningssjukhus – bärande idéer och tankeströmningar kring barnmorskans arbetsförhållanden under åren 1930-1960	99
Inledning.....	99
Syfte och frågeställningar.....	100
Teoretisk utgångspunkt.....	100
Bakgrund.....	101
Hälsan bland Finlands befolkning under 1930- 1960- talet.....	101
Krigstiden	103
Kvinnans ställning	103
Barnmorskekonstens historia	104
Kättilölehti – Tidskrift för barnmorskor	105
Barnmorskearbetet i Finland under åren 1930-1960.....	106
Begrepp	108
Barnmorska	109
Hemförlossning och förlossningsanstalt	109
Arbetsförhållanden.....	109
Tidigare studier inom detta område	110
Pro gradu-avhandlingar om barnmorskeyrkets historia i Finland.....	110
Forskningar om barnmorskeyrket.....	112
Metod	113
Datainsamling av material	114
Dataanalysmetod	116
Praktiskt genomförande.....	117
Etiska överväganden.....	117
Resultat.....	118
Arbetsförhållanden för kommunala barnmorskor.....	118
Arbetsförhållanden för barnmorskor på förlossningsanstalter.....	126
Tolkning.....	131
Tolkning speglad mot den teoretiska utgångspunkten	131
Tolkning speglad mot studiens bakgrund	132
Kritisk granskning	133
Diskussion	134
Bilaga Kättilölehti källförteckning.....	138
Poster: Arbetsförhållandena i en by i Österbotten - Ur en kommunal barnmorskas synvinkel	140

Perinatal dödlighet i 1800-talets Österbotten.....	142
Inledning.....	142
Syfte och frågeställningar.....	142
Teoretisk utgångspunkt.....	143
Erikssons caritativa vårdteori.....	143
Tjänande.....	144
Hjärtats innersta rum som tjänandets idé.....	144
Handens gärningar som kärleksverksamhet.....	144
Huvudets bildning mot ledarskap.....	144
Bakgrund.....	145
Definitoner.....	145
Barnadödligheten i historien.....	146
Finland på 1800-talet.....	147
Hemförlossning.....	148
Barnsängsfeber.....	149
Epidemier.....	149
Den utbildade barnmorskan i Finland.....	150
Statistik.....	150
Tidigare forskning.....	151
Metod.....	153
Kvantitativ metod.....	154
Datainsamlingsmetod.....	154
Dataanalysmetod.....	155
Etisk diskussion.....	156
Praktiskt genomförande.....	157
Resultat.....	158
Faktorer anknutna till modern.....	160
Faktorer anknutna till barnet.....	161
Ingrepp under förlossningen.....	163
Resultatdiskussion.....	163
Kritisk granskning.....	164
Diskussion.....	166
Källförteckning.....	168
Bilaga Kristinestads provinsialläkardistrikt.....	170
Poster: Könsskillnader i den perinatala dödligheten.....	171

Inledning

År 2016 är ett jubileumsår för barnmorskeutbildningen. Utbildningen till barnmorska började i Åbo den 1 november 1816. Barnmorskeutbildningen är den första yrkesutbildningen i Finland, riktad särskilt till kvinnor och Finland har i år utbildat barnmorskor i 200 år. Jubileumsåret kulminerar med ett nationellt jubileum i Åbo under devisen "Den utbildade barnmorskan med dig i 200 år" men firas även på olika håll i Finland.

Vid Yrkeshögskolan Novia (YH Novia), en av de åtta yrkeshögskolor som utbildar barnmorskor i Finland, har jubileumsåret uppmärksammats inom utbildningen till barnmorska och under åren 2015 och 2016 har en projektgrupp bestående av både studerande inom barnmorskeutbildningen (Carolina Granholm, Linda Hinds, Sandra Landgårds, Sandra Lybäck, Karoliina Koivurinne och Mikaela Mård) och lektorer vid Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsovård och det sociala området vid Campus Seriegatan (Eva Matintupa, Maj-Helen Nyback, Anita Wikberg och Terese Österberg) fördjupat sig i den österbottniska barnmorskans historia.

De studerande inom utbildningen till barnmorska har i sina examensarbeten fokuserat på barnmorskeutbildningen i Österbotten samt barnmorskans arbete under sent 1800-tal till år 1972 när Folkhälsolagen trädde i kraft och barnmorskans arbetsbild förändrades. De studerandes examensarbeten ligger som grund för jubileumsboken. Lektor Anita Wikberg har handlett samtliga examensarbeten och texterna har med varsam hand redigerats för att passa formatet för en jubileumsbok.

De studerandes examensarbeten presenteras i bokens olika delar (del 1–4) och varje del börjar med en poster som åskådliggör studien. Postern visar också en fördjupning i ämnet och utgör en del av de studerandes utvecklingsarbete inom utbildningen till barnmorska. Samtliga delar har litteraturförteckning.

De olika djupdykningarna i utbildningen av barnmorskor och barnmorskans livsvillkor ger perspektiv på barnmorskans historia och också på hur skeenden i samhället har påverkat barnmorskans arbetsmetoder och arbetsförhållanden. Att känna till historien ger oss perspektiv och hjälper oss att förstå vår samtid.

Projektgruppen planerar också en jubileumsfest som skall hållas 1 november 2016, där en av programpunkterna är presentation av jubileumsboken. Publicering av jubileumsboken och planering av festligheter underlättades av det ekonomiska bidrag som Aktiastiftelsen i Vasa beviljade projektgruppen.

Barnmorskeutbildningens historia i Vasa – en kvalitativ intervjustudie

Carolina Granholm

Inledning

Barnmorskeutbildningen är den första kvinnliga utbildningen inom hälso- och sjukvårdsområdet i Europa och även utbildningen med de äldsta traditionerna (Lindholm, 1996, s. 132, Vainio-Korhonen, 2012, s. 17). Sedan barnmorskeutbildningen startade i Finland, närmare bestämt i Åbo år 1816, har utbildningen utvecklats mycket, nya lagar om utbildningen har fastställts, förändringar av läroplaner har gjorts och utbildningen har förlängts med åren (Schoultz- Ekblad, 1988).

Denna studie är av betydelse eftersom det finns väldigt lite information om barnmorskeutbildningen i Finland, speciellt på svenska. Det är också betydelsefullt att ha information om skolan samlat på ett ställe som lärare, elever och också andra intresserade kan gå tillbaka och läsa i och reflektera över när det behövs. Att ha kunskap i hur samhället och utbildningen präglats genom åren är viktigt för att få en bättre förståelse i varför undervisningen är uppbyggd på ett visst sätt.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att beskriva barnmorskeutbildningen i Vasa från när den startade år 1978 fram till år 2015. I studien framställs utbildningens tidigare uppbyggnad för att ta reda på hur utbildningen har präglats under åren och förstå på vilken grund yrkeshögskolan bygger.

Frågeställningar som besvaras i studien är följande:

1. Hur har innehållet och omfattningen i barnmorskeutbildningen sett ut?
2. Vilka gemensamma mål har följt med utbildningen och läroplanerna genom åren?
3. Vad har förändrats i utbildningen under åren?

Materialet som används i studien är intervjuer, läroplaner, årsberättelser och studiehandböcker. I studien presenteras väsentliga årtal när barnmorskeutbildningen på institut- och yrkeshögskolenivå ägde rum. Utbildningens längd under olika år och hur den utvecklats kommer också att klarläggas.

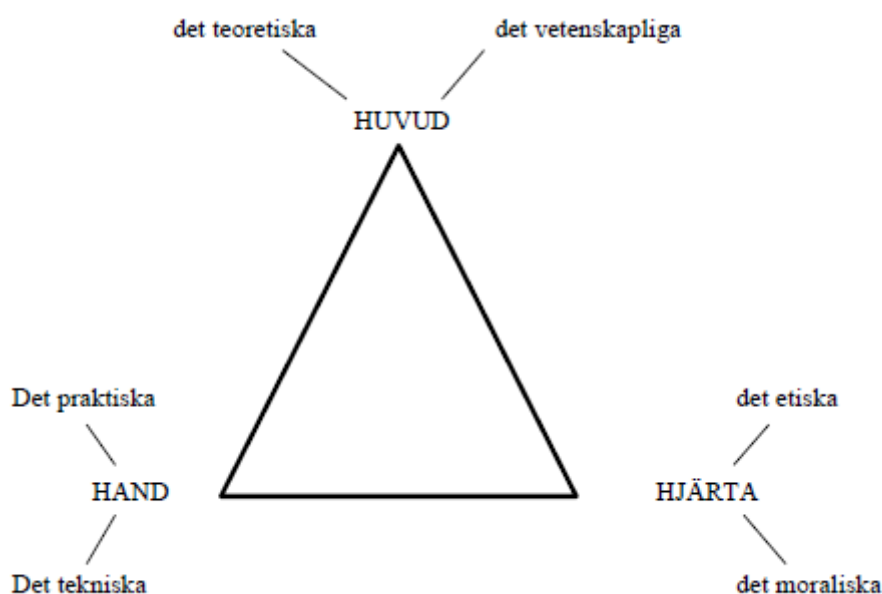
Huvud-hand-hjärta modellen

Respondenten har som teoretisk utgångspunkt i denna studie valt att använda sig av modellen huvud-hand-hjärta som tillämpats av teoretikern Katie Eriksson (1999). Modellen är en enkel illustration som används för att på ett okomplicerat sätt beskriva

teorin, i följande kapitel kommer modellen att tydliggöras. Modellen beskriver vilka egenskaper man som vårdare behöver ha vilket är aktuellt i denna studie som handlar om barnmorskans utbildning, samt de delar i utbildningen som bestått under alla år trots olika förändringar.

Eriksson (1997, s. 11) menar att vårdandet är ett naturligt beteende som finns i människan redan från början. När människan är i en god och mild miljö uppväcks det naturliga vårdandet i oss, vi vill handla enligt vårt syfte och göra det goda.

Huvud-hand-hjärta kan också benämnas som vetenskapsetiken och estetiken. Huvudet eller vetenskapen beskrivs som "det sanna", med huvudet menas att man behöver använda förnuftet samt att man behöver vara klarsynt. Som vårdare behöver man ha förmåga att använda teori, begrepp och vetenskap. Hjärtat eller etiken beskrivs som "det goda", vårt tänkande leds av hjärtat som får oss att vilja göra det goda (Eriksson och Matilainen, 2002, s. 17). Etiken betyder inte endast de etiska reglerna och principerna man som vårdare behöver hålla sig till utan även att man har en inre ställning, vi behöver ha ett logiskt tänkande och en tro som gör förnuftet fullständigt. Med tron menar man en inre övertygelse som bildar det etiska synsättet (Eriksson et.al., 1999, s. 18, 21). Handen eller estetiken som beskrivs som "det sköna" följs åt med tänkandet och kännandet och formar det "yttre konstverket" (Eriksson och Matilainen, 2002, s. 17). Det som man anser är gott och uppfattar som realistiskt i förhållande till den kunskap man har resulterar i ett meningsfullt arbete (Eriksson et.al., 1999, s. 18).



Figur 1. Huvud – hand – hjärta (Eriksson et.al., 1999, s. 19).

Eriksson et al. (1999, s. 19-22) beskriver evident som det sanningslika, sköna och goda. Vårdarbetet är evident när det innefattar dessa tre begrepp, man kan se det i tänkandet, tron, övertygelsen, det realistiska och i prestandan. När något är evident från den

vetenskapliga synvinkeln behöver det innefatta något teoretiskt, något vetenskapligt, något praktiskt samt det moraliskt-etiska, vilket framkommer tydligt i figur 1.

Barnmorskans historia

Finland blev självständig år 1917, före det hörde vi till Sverige fram till år 1809 och därefter även till Ryssland (Lindberg, 2011). Under tiden då Finland hörde till Sverige utbildades Finlands barnmorskor i Sverige, i detta kapitel kommer ni att kortfattat få läsa om barnmorskans historia från tidens begynnelse fram tills Finland blev en del av Ryssland.

Barnmorskearbetet är ett väldigt gammalt yrke. Sedan många år tillbaka kan man läsa om kvinnor som hjälpt till när andra kvinnor har fött barn. Redan i gamla testamentet kan man läsa om barnmorskorna Sifra och Pua som starka och livskraftiga kvinnor.

”Kungen i Egypten talade med dem som förlöste de hebreiska kvinnorna, en av dem hette Sifra och den andra Pua, och han sade: Se efter vad de hebreiska kvinnorna föder, när ni förlöser dem: Om det är en son så döda honom, om det är en dotter så låt henne leva. Men barnmorskorna fruktade Gud och gjorde inte som den egyptiske kungen hade befallt dem utan lät barnen leva. Då kallade kungen till sig barnmorskorna och sade till dem: Varför har ni gjort på detta sätt och låtit barnen leva? Barnmorskorna svarade farao: Hebreiska kvinnor är inte som egyptiska. De är livskraftiga, och innan barnmorskan kommer till dem har de fött. Och Gud lät det gå väl för barnmorskorna, och folket förökades och blev mycket talrikt. Eftersom barnmorskorna fruktade Gud, välsignade han deras hus”. (2 Moseboken 1:15-21, Svenska folkbibeln, 1998).

Den kända förlossningsläkaren Johan von Hoorn som även kallas förlossningskonstens fader skrev också en bok om förlossningskonst som hette Siphra och Pua, likadant som barnmorskorna i bibeln hette. (Höjeberg, 1981, s. 61-64).

Läroböcker inom förlossningskonst

Under 1500- och 1600-talet studerade många läkare förlossningskonst och det lades upp direktiv för hur barnmorskorna skulle sköta förlossningen. Läkare Eucharius Rösslin från Tyskland skrev boken Rosengarten som var den första tryckta läroboken för barnmorskor. Under 1600-talet skrev också flera barnmorskor läroböcker, främst för sina kollegor, men oftast lärde de varandra yrket genom att muntligt berätta om de förlossningar de varit med om samt hur de gjort när komplikationer uppstått, vilket gjorde att yrket kunde föras vidare från kvinna till kvinna (Höjeberg, 1981, s. 21-22).

Två kända barnmorskor som skrev egna läroböcker var Loysa Bourgeois från Frankrike och Justine Siegemundins från Tyskland. Boken som Bourgeois skrev år 1609 kallade hon ”En samling hemligheter”. Boken handlar om sjukdomshelande metoder, hur man skall göra vid situationer där fostret ligger fel i livmodern och sättet att arbeta för att förhindra att smittor sprids. Siegemundins bok heter ”Den Kur-Brandenburgska Hofbarnmorskan” och

skrevs år 1690. Den handlar om samtal mellan barnmorskan Justine och hennes okunniga vän Kristina. I boken diskuteras det om svåra förlossningar och om hur fostren kan ligga på olika sätt när de kommer ut, vilket kan bidra till att komplikationer uppstår och i värsta fall till att fostret dör (Höjeberg, 1981, s. 23).

Läkaren Johan von Hoorn skrev många böcker inom förlossningskonst, bland annat boken "Den svenska wälöfwade Jord Gumman" som är den första svenska läroboken i förlossningskonst och den utkom år 1697. Boken var inte egentligen avsedd för barnmorskorna utan för den obildade lantbefolkningen för att de skulle få lära sig hur en förlossning skulle gå till men också för att de skulle känna igen okunniga barnmorskor. Von Hoorns böcker användes i över hundra år som läroböcker för barnmorskorna, många av de praktiska metoder som han beskrev i böckerna används fortfarande vid förlossning. (Höjeberg, 1981, s. 61-64)

År 1756 skrev barnmorskan Helena Malhiem en lärobok för barnmorskor som hon skickat in för publicering år 1758, men boken blev tyvärr inte godkänd då. Det upptäcktes att Malhiems manuskript var bevarat i Esplunda arkiv och Pia Höjeberg bestämde sig för att renskriva manuskriptet som blev publicerat år 1995 istället. Boken heter "Helena Malhiems barnmorskelära år 1756". Boken handlar precis som bokens titel beskriver, om hur en barnmorska skall utföra sitt arbete vid olika förlossningar (Höjeberg, 1995).

Barnmorskeutbildningen startar i Sverige

År 1708 startade Johan von Hoorn barnmorskeutbildningen i Sverige men redan år 1697 hade han startat en egen barnmorskeutbildning i södra stadshuset i Stockholm utan att få betalt (Höjeberg, 2011, s. 61.62). På den här tiden ansåg man att kvinnorna som deltog i utbildningen skulle vara nyktra fruar som höll sig till Guds ord, de skulle vara i 40 års ålder, det vill säga lagom gamla, men fortfarande ha krafter kvar. Deras personlighet beskrevs som modiga, orädda, ödmjuka, tystlåtande och härdade kvinnor med en självständig reaktionsförmåga. De skulle vara läskunniga och inte vara överviktiga eftersom det skulle kunna försvåra arbetet (Öberg, 1996, s. 209). År 1711 instiftades det första barnmorskereglementet som von Hoorn hade bidragit till. I reglementet ingick vem som kunde söka till utbildningen, hur utbildningen skulle utformas, hur arbetet skulle genomföras och även en ed som barnmorskorna hade skyldighet att följa. Edens innehåll bland annat att fullgöra det arbete som myndigheterna beordrar och att visa inför Gud och människorna att de kunde ta ansvar för den kallelse de fått. De som sökte till utbildningen skulle ställas inför prövning där kvinnans karaktär och förmåga testades. Utbildningen pågick i 2 år och Collegium Medicum¹, den nuvarande socialstyrelsen² utförde examinationen när eleverna skulle avlägga ed (Schoultz-Ekblad, 1997).

¹ Liknande som Finlands Valvira som beviljar tillstånd, legitimationer och rättigheter inom social- och hälsovården, samt bevakar verksamheten inom social- och hälsovården. Collegium medicum beslutade även om förordningar.

² Statlig myndighet som värnar om hälsa, välfärd och tillgång till god vård och omsorg för alla.

Von Hoorn utbildade sig till läkare i Paris. På förlossningsavdelningen i Paris fick inga män visa sig, men von Hoorn mutade barnmorskorna för att de skulle lära honom förlossningskonst. Kirurgi och obstetrik studerade han också i Paris hos den berömda krigsläkaren Mauriceau. Von Hoorn hade som liten pojke ofta fått höra om när hans mamma hjälpte kvinnor vid barnafödande, vilket ett flertal gånger kunde sluta med att den födande mamman dog på grund av olika komplikationer. Alla tårar och lidanden, bidrog till att von Hoorn i sina medicinstudier valde att inrikta sig på kvinnosjukdomar och på vilket sätt olika förlossningar kunde sluta och vilka åtgärder man vid behov kunde utöva (Höjeberg, 2011, s. 59-60).

En barnmorska skulle kunna undersöka en kvinna, hjälpa fram barnets huvud professionellt, hjälpa ut moderkakan och vända foster som ligger fel samt kunna hjälpa fostret i nödsituationer genom att få ut det. Johan von Hoorn ansåg att barnmorskan förutom utbildning också måste ha ett jämnt lynne och ett allmänt gott levnadssätt (Qvarsell, 1991, s. 116-120, Höjeberg, 1981, s. 66). Traditionen om att man måste vara gift för att kunna bli barnmorska förändrades i slutet på 1700-talet, vilket gjorde att alla kvinnor hade rätt att söka till utbildningen (Höjeberg, 1981 s. 90).

För att få rätten att utföra sitt arbete som barnmorska skulle man examineras och avsätta sin tjänste-ed inför Collegium medicum. Den blivande barnmorskan skulle genom ed svära att *"hon utlåfvar sin trogne, flitige och oförtrutne tjenst och bistånd hos hvar och en fattig eller rik, hög eller låg, natt eller dag"*. Var det någon uppgift i hennes arbete som hon inte klarade av var hon skyldig att söka hjälp hos Stadsphysicum³ eller någon barnmorskekollega (Höjeberg, 1981, s. 73-74).

Under 1600-talet och fram till mitten på 1800-talet fick kvinnor inte använda kirurgiska instrument, endast männen hade rättighet att använda dem, vilket betydde att barnmorskorna vid förlossningarna var tvungna att kalla på en manlig assistent om de måste använda förlossningsinstrument. Under tiden de väntade på att männen skulle komma med sina instrument gick troligtvis många kvinnoliv förlorade. Barnmorskorna anställdes av församlingarna och i början av 1800-talet fick de enligt staten inte anställa andra än utbildade barnmorskor (Höjeberg, 1981, s. 90, 243-244).

Lyda, tåla och tuga

Under 1800-talet blev det svårare för barnmorskorna. Myndigheterna bestämde allt som de skulle göra och allt kontrollerades. Trots att barnmorskorna efter år 1829 började få rätten att använda förlossningsinstrument som tång och sugklocka blev det inte lättare för dem. Kontrollen över dem var total och de var tvungna att underordna sig och respektera den akademiska läkarvetenskapen inom förlossningskonsten. Varje gång de använde ett förlossningsinstrument var de tvungna att fylla i ett formulär där det skulle framgå orsaken till ingreppet, hur de gjort och hur resultatet blev. Två vittnen skulle också

³ Stadsläkaren

närvara och skriva under formuläret. Hade läkare gjort liknande ingrepp behövdes ingen redovisning (Öberg, 1996, s. 48-49).

När förlossningsavdelningar öppnades på 1800-talet var det en självklarhet att avdelningscheferna skulle vara manliga läkare och professorer i obstetrik, vilket gjorde att männen hade möjlighet att styra och bestämma vid förlossningarna. Förlossningarna var inte längre kvinnornas eget område. Under utbildningen till barnmorska lärde sig kvinnorna förutom förlossningskonst även att lyda, tåla och tåga, för att sedan kastas ut i ett självständigt arbete där de hamnade att göra snabba beslut (Höjeberg, 1981, s. 90, 243-244).

År 1881 infördes en obligatorisk dagbok för barnmorskor där de var tvungna att anteckna alla förlossningar som de hade hand om, det skulle ingå plats, tid, hur förlossningen gått, mammans och barnets hälsa och ohälsa samt vad de använt för desinficerade medel. De gjorde två olika redovisningar, en för den medicinska byråkratin och en för den kyrkliga (Öberg, 1996, s. 49).

Barnmorskornas utbildningshistoria i Finland

I följande kapitel kommer barnmorskeutbildningen i Finland att klargöras. Vem som var Finlands första barnmorska har diskuterats en hel del. I många böcker kan man läsa om barnmorskan Margaretha Forsman från Jakobstad som den första utbildade barnmorskan. Det finns dock äldre källor som berättar om de barnmorskor som tog individuell barnmorskeexamen hos privata läkare flera år före barnmorskan i Jakobstad utbildade sig.

Finlands första utbildade barnmorskor

Finlands första utbildade barnmorska var Karin Grelsdotter från Åbo, hon fick sin barnmorskeexamen hos läkarprofessorn Petter Hielmi i Åbo 1711. År 1729 kom finska Anna Maria Boberg från Stockholm till Åbo där hon svurit barnmorskeeden. Susanna Hjelmdahl är en annan bland de första barnmorskorna i Finland, hon svor sin barnmorskeed i Stockholm år 1734. År 1752 fick Österbotten sin första utbildade barnmorska vid namn Margaretha Forsman från Jakobstad. Mellan år 1761-1769 utbildades åtta barnmorskor i Finland, alla åtta arbetade i städerna runt om i landet. Från år 1770 - 1779 utbildades ytterligare 18 finländska barnmorskor (Vainio-Korhonen, 2012, s. 36, 41, 204, 204).

Många barnmorskor hade män som arbetade som hantverkare, Susannas Hjelmdahls man Bengt Hjelmdahl var sotare. När Susanna dog år 1772 blev Catharina Öberg hennes efterträdare, hon genomförde sin barnmorskeexamen i Stockholm år 1775, Catharinas studiekamrat och även reskamrat hette Anna Strålberg och var från Övertorneå. Catharina hjälpte kvinnor vid förlossningen i tretton år innan hon dog som 52 åring i hög

feber år 1788. Catharinas dotter Maria Koberg började tidigt studera till barnmorska, enligt Torneås församlings kristna lära hade Maria en bra grund för framtida studier, hon kunde läsa flytande, hade ett gott beteende och kunde katekesen utantill. Catharina Öbergs och Maria Kobergs livsstil berättar också hur barnmorskeyrket gick från generation till generation likadant som till exempel skomakar- eller skräddaryrket gick vidare från far till son (Vainio-Korhonen, 2012, s. 41-42).

Städerna anställer utbildade barnmorskor

I slutet av 1700-talet hade nästan alla finländska städer anställt utbildade barnmorskor, bland annat städerna Vasa, Jakobstad, Karleby, Kristinestad och Nykarleby från Österbotten. Under år 1790-1799 beräknades man ha 52 utbildade barnmorskor i städerna och 10 utbildade barnmorskor på landsbygden. Det fanns dock två städer som inte hade någon utbildad kvinna som hjälpte till vid barnafödandet och dessa två städer var Kajana och Kaskö. År 1809 beräknades man ha 89 kvinnor i Finland som hade genomfört en barnmorskeexamen, antalet är betydligt högre jämfört med högskoleutbildade läkare i Finland, som beräknades vara endast ett tiotal (Vainio-Korhonen, 2012, s. 36-37, 204).

På den här tiden fanns det ingen barnmorskeutbildning i Finland utan de som ville bli barnmorska studerade i Stockholm eller tog individuell barnmorskeexamen hos någon läkare, Finland var ännu under den här tiden en del av Sverige (Lindberg, 2011).

Finland startar egen barnmorskeutbildning

När Finland skiljdes från Sverige pratade den bildade befolkningen i Finland svenska, vilket gjorde att man i de finska städerna lätt kunde skilja på vilken samhällsklass en person hörde till (Jutikkala och Pirinen, 1973, s. 120-120). Finland startade den första barnmorskeutbildningen i Åbo år 1816 på svenska, Åbo var Finlands största stad på den tiden. Finland hade brutit förbindelsen till Sverige efter kriget 1808-1809 där enda utbildningsanstalten för barnmorskor fanns, bland annat därför var de tvungna att äntligen starta en egen utbildning, men också på grund av myndigheternas oro över den stora barn- och mödradödligheten som existerade i landet. Utbildningen startade upp i det nyöppnade Accouchementshuset som också var Finlands första förlossningsinstitution (Hänninen, 1965, s. 98).

Det var en läkare som undervisade i de teoretiska delarna och i den praktiska delen undervisade en barnmorska, som också var den enda barnmorskan på institutionen. Utbildningen varade mellan ett halvt år upp till 2 år. Första november 1816 inledde fyra kvinnor den första utbildningen på institutionen, bland dem rådhusvaktmästarens dotter fröken Hedvig Malmberg, 26 år gammal från Vasa. Ingen åldersgräns fanns som krav, men de flesta av eleverna var mellan tjugofem och fyrtio år gamla, gifta eller änkor från bondebefolkningen. Det var viktigt eller till stor fördel om kvinnorna själv hade egna barn (Hänninen, 1965, s. 106-111). En tid efter branden i Åbo år 1827 flyttade Akademin till

Helsingfors även barnmorskeutbildningen, närmare bestämt år 1833, vilket också förändrade Åbo stad som inte längre var Finlands viktigaste stad (Hänninen, 1965, s. 107, Arkivverket Åbo, u.å.). År 1850 räknade man att det fanns cirka 170 utbildade barnmorskor i Finland, av vilka ungefär 100 arbetade som barnmorska (Hietala och Tukkimäki, 2008, s. 186).

År 1859 startade den första finskspråkiga barnmorskeutbildningen i Finland (Lindholm, 1996 s. 132) i och med krav från det nya barnmorskereglementet att undervisningen också skulle erbjudas på det finska språket. Det kom även krav på att utbildningen skulle vara runt två år samt att läs- och skrivkunnighet skulle ingå i inträdeskraven. Kunskaper i barnmorskekonst, kunskap om symptom vid syfilissmitta, åderlåtning med koppa och blodiglar, ympning av skyddskoppor och barnsjukvård var de områden som ingick i utbildningen.

I reglementet från 1879 förkortades utbildningens längd från två år till 10-12 månader. För att få examensbetyget skulle man förhöras av en representant från Medicinalstyrelsen⁴, nuvarande Valvira⁵ och av professorn inom förlossningskonsten. De elever som ansågs speciellt ordentliga och skickliga kunde också få extra undervisning för att få rätten att använda vissa förlossningsinstrument, bland annat förlossningstång. Dessa elever skulle också inom åtta dagar lämna rapport till stads- eller distriktsläkare om en förlossning där de använt förlossningsinstrument samt varför situationen krävde användning av instrument och hur förfarandet förlöpte. (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 25-26).

År 1860 fanns det 112 kvinnor som arbetade som barnmorskor av vilka 29 barnmorskor arbetade på landsbygden. Utbildningen i Helsingfors flyttade från Helsingfors allmänna sjukhus till ett nytt och modernt förlossningssjukhus år 1878, sjukhuset som idag heter Barnmorskeinstitutets sjukhus (Hietala och Tukkimäki, 2008, s. 186). År 1890 beräknades det finnas så många som 452 examinerade barnmorskor, där ungefär hälften arbetade på landsbygden och 1915 fanns det 795 barnmorskor varav 562 arbetade på landsbygden och 203 i städerna (Hänninen, 1965, s. 122).

År 1926 förnyades barnmorskeutbildningen enligt bestämmelser från regeringen. Det kom nya direktiv gällande inträdeskrav, de som sökte till utbildningen skulle vara mellan 19-26 år och ha genomgått en högre folkskolelärokurs eller ha motsvarande kunskaper (Laiho, 1991, s. 53) och hennes levnadssätt skulle vara klanderfritt. Kurstiden förlängdes till 1 år och 3 månader, läkaren hade dock tillstånd att förlänga studietiden med högst tre månader ifall han ansåg att det behövdes (Schoultz- Ekblad, 1988, s. 37). Innehållet i utbildningen förnyades också. Den skulle innehålla undervisning i allmän förlossningskonst, vård av nyfödda, instrumental förlossningskonst, allmän barnavård,

⁴ Tidigare namn på myndigheter i Sverige och Finland som ansvarade för hälso- och sjukvården samt apoteksväsendet. Ämbetsverket fick sitt namn Medicinalstyrelsen år 1878 och har sitt ursprung från Collegium Medicum som grundades 1663.

⁵ Myndighet som beviljar tillstånd, legitimationer och rättigheter inom social- och hälsovården, samt bevakar verksamheten inom social- och hälsovården.

läran om veneriska sjukdomar, kännetecken och försiktighetsmått vid förekommande av smitta och kännedom om förordning angående utövande av barnmorskeyrket och mödrarådgivning. Barnmorske-utbildningen var gratis, studeranden fick gratis mat och hade möjlighet till boende (Laiho, 1991, s. 53).

I förordningen från 1926 framkom det att barnmorskorna vid avslutad kurs skulle kallas till ett offentligt examensförhör där en ledamot av Medicinalstyrelsen skulle vara närvarande. De skulle också avge en barnmorskeförsäkran för att bli behörig barnmorska, där de lovade att på heder och samvete vilja ta sig an de uppgifter de blir tillgivna och har kunskap till och på ett ansvarsfullt sätt avsluta de tjänster de tillhandahålls (Hänninen, 1965, s. 197-198). För de som hade arbetat som barnmorskor för kommunen ordnades repetitionskurser en till två gånger om året under en period på två veckor. Under kurserna fick man lära sig om de nyaste uppdateringarna inom vetenskapens och praktiken område (Hänninen, 1965, s. 205).

År 1934 förlängdes utbildningen till två år, de sjukskötare som redan hade gått en 3-årig sjuksköterskeutbildning kunde komplettera sina kunskaper med en barnmorskeutbildning under en lärotid på 13 månader, varav en månad var ledighet. De barnmorskor som ville utöka sina kunskaper kunde också efter år 1937 studera under en kortare period för att bli behörig sjuksköterska (Laiho, 1991, s.53). En sjuksköterskebaserad barnmorskeutbildning var alltså i tankarna redan då och år 1962 kom lagen då barnmorskorna fick behörighet att utföra sjukskötaruppgifter. I och med detta upphörde den tvååriga barnmorskeutbildningen och blev en specialiserad utbildning med sjuksköтарыrket som grund (Schoultz- Ekblad, 1988, s. 75-76). I nedanstående tabell framkommer hur många som gått barnmorske-utbildningen på yrkeshögskolenivå i Finland mellan år 2003 och 2014.

Tabell 1. Antalet utexaminerade barnmorskor i Finland (Undervisnings- och kulturministeriet, 2015, s. 27, tabellen är översatt från finska till svenska).

Barnmorskor	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
YHS, unga	124	112	142	120	144	143	168	173	147	203	205	161
YHS, vuxna	18	25	14	4	18	1	9	4	31	14	31	45
Tillsammans	147	137	156	124	162	144	177	177	178	217	236	206

Totalt har 2061 barnmorskor på yrkeshögskolenivå utbildats i Finland under dessa 12 år. Det finns även utbildningar på högre yrkeshögskolenivå i Finland, men där är antalet studerande betydligt färre, mellan år 2003 -2014 utbildades endast 28 barnmorskor på högre yrkeshögskolenivå (Undervisnings- och kulturministeriet, 2015).

Barnmorskeutbildningens historia i Vasa

År 1978 startades en specialiserings utbildning inom mödra- och gynekologiskvårdlära i Vasa, det vill säga barnmorskeutbildning. Mellanstadiereformen ägde rum år 1987. Före mellanstadiereformen var specialiseringsutbildningen både medicinskt och kliniskt inriktad på specialsjukvård inom mödra- och gynekologisk vård, efter reformen innehöll utbildningen och arbetet vården av kvinnan under hela hennes livscykel, familjeförberedelser och familjeplanering, mödrahälsovård, förlossningsvård, vård under barnsängstiden, vård av nyfödda och hälsofostran inom gynekologisk hälso- och sjukvård (Lindholm, 1996 s. 132-133). År 1992 blev barnmorskeutbildningen en yrkeshögskoleutbildning där även en 1 årig praktik tillkom i utbildningen i och med att barnmorskeutbildningen blev EU anpassad (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 29).

Metod och etik

I denna studie används en historisk forskningsmetod, det som undersöks är någonting som varit, det vill säga något historiskt. En historisk studie betyder inte att någonting är förgånget, utbildningen finns fortfarande kvar men den är förändrad. Genom att läsa historia förstår vi varför utbildningen är uppbyggd på ett visst sätt och hur den har utvecklats sedan den startade. I en historisk forskning är beaktande av källkritik mycket viktigt, primärkällor skall helst användas om möjlighet finns. Syftet med en historisk forskning är att fastställa fakta men också att förklara olika händelseförlopp som passerat eller att förstå innebörden av det historiska händelseförloppet (Eriksson, 1991, s. 214-215).

I studien finns frågeställningar som utgående från intervjuerna och det insamlade materialet från årsberättelser och studiehandböcker skall besvaras som en historisk kunskap.

Semistrukturerade intervjuer och skriftligt datainsamlingsmaterial

Som datainsamlingsmetod i studien har respondenten valt att göra semistrukturerade intervjuer för att studera lärarnas erfarenheter och tankar om barnmorskeutbildningen. Vid semistrukturerad intervju används öppna frågor och frågorna behöver inte följa en viss ordning (Henricson, 2012, s. 167). Respondenten anser att intervjuer passar bäst i denna studie eftersom det inte finns mycket material dokumenterat om utbildningen, genom att intervjua får man därför reda på mera information. Frågorna som ställs i intervjun kräver ett omfattande svar vilket gör att enkäter inte är passande för denna studie. Intervjuer gör studien mera fullständig, det är enklare att reda ut oklarheter och informanten kan lättare beskriva sina minnen muntligt (Carlsson, 1984, s. 81). Intervjuer är också optimala för att kunna ställa motfrågor och diskutera, detta hjälper informanterna att komma ihåg olika händelser vilket gör att studien blir mera fullständig.

En intervju är ett samtal som har ett visst mönster och ett syfte. Den som gör studien leder intervjun och följer noggrant med informantens svar och låter personen utförligt förklara de åsikter och den information de lägger fram (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 19).

Intervjuerna i studien är kvalitativa. Det som skiljer en kvalitativ och en kvantitativ studie är att man vid en kvalitativ studie undersöker och tolkar materialet då man vid en kvantitativ forskning använder sig av numerisk data och försöker hitta samband i de olika intervjuerna. I bakgrundsinformationen i denna studie används en del numerisk data för att lyfta fram olika intressanta årtal, men själva intervjustudien är kvalitativ. Vid en kvalitativ studie har man öppna frågor där informanten får större utrymme att berätta om det valda ämnet på ett eget sätt, mera öppet och okontrollerat (Henricson, 2012, s. 130-136). Den kvalitativa metodens syfte är beskrivande, informanterna berättar med ord hur de upplevt en situation för att den skall kunna tolkas (Henricson, 2012, s. 163).

Årsberättelser (1978-1995) samt studiehandböcker (1995-2003) från Yrkeshögskolan Novias arkiv i Vasa samt läroplaner från Novias hemsida (2008-2015) har också använts i studien för att få reda på vilka kurser som ingått i utbildningen och vilka år utbildningen har hållits. Vilken typ av information som framkom i årsberättelse varierade från år till år, den information som fanns med i samtliga årsberättelser var när utbildningen hölls och hur många som hade gått utbildningen. Från studiehandböckerna hittades läroplaner och kursbeskrivningar angående olika utbildningar vid Svenska Yrkeshögskolan och Yrkeshögskolan Novia.

Inspiration och en del fakta om skolan under den tid då de endast hade sjukskötarutbildning har hämtats från filmen "På sjukhus i Vasa", filmen hittades på svenska Yle och är inspelad 17.12.1963.

Undersökningens praktiska genomförande

Respondenten började med att samla information från årsberättelserna som hittades vid Novias arkiv i Vasa. Det var en bra början för att veta vilken information som är dokumenterad och vad som behövs frågas upp i intervjuerna.

Respondenten skickade först mejl till lärarna för att berätta vad examensarbetet handlar om och fråga ifall de har möjlighet och intresse att ställa upp som informanter i undersökningen, i mejlet framkom studiens syfte, se bilaga 1. Samtliga lärare som hade blivit tillfrågade ville ställa upp i intervjun. Frågorna skickades 1–2 veckor i förväg till informanterna via epost för att de skulle ha möjlighet att förbereda sig på intervjun. Eftersom frågorna innefattar information från det förflutna kan det vara svårt att minnas olika upplägg som man haft i utbildningen, om man inte funderat på det i förväg. Frågorna

var utgångspunkten för intervjun, men informanterna hade möjlighet att själv öppet berätta om det de kom ihåg från utbildningens historia och ta fram det mest väsentliga i utbildningen.

Intervjuerna hölls var för sig, ett intervju tillfälle per lärare, tillsammans blev det tre intervjuer. Två av intervjuerna hölls på Novia och den sista gjordes på Yrkesakademien i Vasa. Den reserverade tiden per intervju var 1,5 timme, vilket räckte rätt så bra. Varje intervjutillfälle spelades in för att intervjuaren inte skulle behöva dokumentera samtidigt som lärarna berättade, vilket gjorde att intervjun blev mera avslappnad och diskussionen pågick obehindrat. Efter varje intervjutillfälle transkriberades intervjun, det vill säga intervjun upprepades och materialet skrevs ner ordagrant i textform. Respondenten lyssnade på intervjun via hörlurar och kunde samtidigt skriva ner det som hade blivit sagt. För att lättare hänga med vid transkriberingen förlångsammades intervjun på datorn, själva transkriberingen tog mest tid eftersom pauser togs med jämna mellanrum för att inte något ord skulle lämnas bort.

Analyseringen gick smidigare eftersom intervjumaterialet var nedskrivet och det fanns möjlighet att gå tillbaka och läsa det transkriberade materialet för att inte glömma någon viktig information. I nästa delkapitel beskrivs analysmetoden närmare.

Kvalitativ innehållsanalys

För att få fram ett resultat av det material som samlats in behövs en analysmetod som passar till det material och syfte som studien har. I studien har respondenten valt att använda kvalitativ innehållsanalys som analysmetod. Innehållsanalys kan användas vid flera olika typer av kvalitativa studier för att analysera text, det är på så sätt bra att börja med en kvalitativ innehållsanalysmetod för att lära sig i vilken ordning man skall läsa, strukturera och framställa en text. Forskaren själv bestämmer i sin tur hur långt de vill utveckla sin analys (Henricson, 2012, s. 330-332). Induktiv innehållsanalys innebär att man skapar kategorier och teman utgående från datamaterialet (Henricson 2012, s. 335).

När en kvalitativ innehållsanalys görs behöver man börja med planering och fundera på vad studiens fokus är. Det kan vara personer eller organisationer som är i fokus, i denna studie ligger fokus på de lärare som varit aktiva i barnmorskeutbildningen i Vasa. Urval av informanterna är också av vikt för att resultatet skall bli trovärdigt och rättvist (Henricson, 2012, s. 333-335).

Det som utmärker innehållsanalysen är kategoriindelningen av materialet som man använder, detta är också en av de svåraste delarna i en studie. Kategorierna måste vara fullständiga och betydelsefulla för studiens syfte (Carlsson, 1997, s. 85).

För att texten skulle bli skribentens egen lästes materialet igenom och sedan skrevs det med skribentens egna ord. Slutligen kontrollerades texten så att den uppfattades rätt och hade samma betydelse som den ursprungliga texten. Efter att resultatet sammanställts fanns det fortfarande några oklarheter i texten som skribenten ville ha svar på för att resultatet skulle bli fullständigt. Alla nya frågor skrevs upp och mejlades ut till de lärare som hade, när lärarna hade svarat på frågorna via mejl kompletterades respondenten resultatet ytterligare.

Etik

När en studie görs är det viktigt att ta etiken i beaktande. För att en studie skall kallas etisk måste studien behandla betydelsefulla frågor, en frågeställning man kan ställa för att få svar på om studien är av betydelse är "För vem är forskningen värdefull och på vilket sätt?" Denna studie anser respondenten är av betydelse eftersom det finns väldigt lite information om barnmorskeutbildningen i Finland, speciellt på svenska. Studien är lämpad för barnmorskestuderande, barnmorskor samt barnmorskelärare, men också för andra människor i samhället som är intresserad av hur barnmorskeutbildningen utvecklats. Barnmorskan har en viktig roll i samhället och har en intim relation med många människor. Det är ett yrke som intresserar många på grund av att nästan så gott som alla kommer i kontakt med barnmorskan någon gång under livet, bland annat när de föds, när de själv får barn eller vid preventivmedelsrådgivningen och gynekologiska problem och undersökningar. Andra etiska krav när ett examensarbete skrivs är att studien skall vara evidensbaserad, informationen skall vara sanningsenlig och kunna kontrolleras (Henricson, 2012, s. 76-77). Enligt Forskningsetiska delegationen, Tenk (2012, s. 18) är en studie vetenskaplig endast om den utförs med hjälp av god vetenskaplig praxis. Vid presentation av resultatet är ärlighet och noggrannhet av största vikt, genom hela studien skall vetenskaplig teori och metod användas. Före en studie påbörjas behöver man göra upp en plan och ansöka om forskningstillstånd.

Vid forskning är det viktigt att man är källkritisk. Vid yttre källkritik skall man undersöka om källorna man använder är ursprungliga och äkta, en kopia eller förfalskning samt var, när och på vems försorg källan har tillkommit. Vid inre källkritik kontrollerar man varför källan har gjorts, om författaren har försökt hitta fakta eller försökt förvränga sanningen. I en historieforskning är det också viktigt att man läser hela dokumentet, så man inte plockar lösryckta stycken och missar poängen eftersom en dialektiker kan ändra sin åsikt flera gånger i en och samma text. (Eriksson, 1991, s. 217-219).

Vid intervjuer är det viktigt att informera deltagarna om studien som görs, gärna både muntligt och skriftligt och ge dem betänketid för att fundera igenom studien och bestämma sig ifall de vill delta i den frivilliga studien, skribenten får inte muta deltagarna. Informanterna har rätt att avbryta deltagandet när som helst och utan någon press. Det är

viktigt att man formulerar frågor rätt och att man inte ställer frågor som kan vara känsligt för deltagarna. Vid en intervjustudie är det också viktigt att man klargör för de som deltar ifall de deltar anonymt eller ifall deras namn bör vara med i studien och fråga om de samtycker i sådana fall (Henricson, 2012, s. 82-84). I denna studie är det lätt att ta reda på vem informanterna är eftersom det inte är så många som har varit ansvarig barnmorskelärare i Vasa. Skribenten har därför valt att ha med informanternas namn och även presentera dem i början av resultatdelen för att det skall vara enklare för läsarna att följa med i texten. Informanterna har både muntligt i samband med intervjun och skriftligt via e-post gett sitt godkännande att deras namn får vara med i studien.

Resultat

Resultatet har delats upp under olika rubriker och underrubriker. I början presenteras de lärare som blivit intervjuade, eftersom de som lärare, är en del av barnmorskeutbildningen i Vasa. Utbildningen i Vasa har förändrats under åren från att vara en utbildning på institutnivå till att bli en utbildning på yrkeshögskolenivå. Nu funderar man också på att barnmorskeutbildningen skall bli en högre yrkeshögskoleexamen. I resultatet finns också rubriker så som inträdeskrav, utveckling i yrkesrollen och den egna identiteten, läroplanens förändringar, betydelsefull vetskap för barnmorskestuderanden, vårdarnas vetenskap och gamla sedvanor.

Informanterna

Birgitta Schoultz-Ekblad studerade 2,5 år till sjukskötare i Vasa. Hon fick sin examen år 1974 och arbetade 2 år som sjukskötare före hon sökte vidare till barnmorskeutbildningen. Birgitta var en av de första som studerade till barnmorska år 1978 då utbildningen började i Vasa. Hon är också hälsovårdare sedan 1981, även den utbildningen avlade hon i Vasa. Därefter studerade hon till barnmorskelärare i Helsingfors samtidigt som hon vikarierade som barnmorskelärare. Hon undervisade endast i sjukskötarkurserna som de hade före de började på barnmorskeinriktningen. År 1986 tog hon tjänsten som ansvarig barnmorskelärare. Birgitta arbetade som barnmorskelärare inom specialiseringen fram till 1997. Idag är hon närvårdslärare på Yrkesakademin i Österbotten.

Eva Matintupa studerade till sjukskötare vid Helsingfors Svenska Sjukskötarinstitut⁶ och till barnmorska vid Kättilöopisto⁷, den första barnmorskeskola som startade i Åbo men som senare flyttades till Helsingfors. Utbildningen ordnades på både finska och svenska fram till mitten av 1970-talet. Eva fick sin legitimation som barnmorska år 1981. År 1995, samma år som hon fick sin hälsovårdsmagister och lärarbehörighet, började hon arbeta som

⁶ Nuvarande Arcada

⁷ Nuvarande Metropolia

barnmorskelärare på Vasa svenska hälsovårdsläroanstalt, som idag är Novia. Hon arbetar fortfarande vid skolan, men nuförtiden som avdelningschef.

Monika Koskinen har gjort sina grundstudier i Sverige, hon har gått en 2 årig svensk gymnasieutbildning som är likvärdig med finländska yrkesskolan. Monika gick i den första mellanstadiereformgruppen i Vasa som studerade 1 år allmänna ämnen, före själva barnmorskeutbildningen som började år 1988. Hon fick sin barnmorskeexamen i december år 1991. När hon blev klar började hon genast vikariera som barnmorskelärare på skolan, totalt cirka 4 månader, men hon undervisade endast i sjukskötarämnen. År 1996 kompletterade hon barnmorskeutbildningen och blev hälsovårdare vid Vasa Svenska Hälsovårdsläroanstalt. Därefter arbetade hon några år som hälsovårdare och barnmorska före hon började studera till lärare vid Åbo Akademi, Vårdvetenskapliga institutionen i Vasa. År 2007 blev hon legitimerad lärare och började arbeta som barnmorskelärare på Yrkehögskolan Novia, där hon fortfarande har tjänst.

Olika nivåer på barnmorskeutbildningen i Vasa

På 1960-talet var barnmorskebristen stor i Vasa, i maj 1964 lediganslog Vasa Centralsjukhus 10 barnmorsketjänster, men fick inga sökanden. Orsaken till barnmorskebristen var att det inte fanns någon svensk barnmorskeutbildning i Finland som ordnades regelbundet under den här tiden, svenskspråkiga kurser ordnades endast sporadiskt vid Kätilöopisto i Helsingfors. År 1960 invigdes det nya barnmorskeinstitutet i Helsingfors. Barnmorskekurser ordnades med jämna mellanrum i Österbotten, men alldeles för sällan. Länsbarnmorskan i Vasa trodde att bristen på anstaltsbarnmorskor berodde på arbetsförhållandena på sjukhuset och på de oregelbundna arbetstiderna. 1977 blev bristen på barnmorskor akut, vilket tydde på att en barnmorskeutbildning i Vasa var välbehövad (Lindholm, 1996, s. 81-82).

Under årens gång har barnmorskeutbildningens struktur i Vasa förändrats en del. Namnen på utbildningen har bytts flera gånger, längden på utbildningen har justerats och innehållet har förnyats en hel del. Under följande kapitel kommer olika strukturer på barnmorskeutbildningen i Vasa att förklaras utgående från de intervjuer som hållits.

Barnmorskeutbildning på institutnivå

Moderskapsvård och gynekologisk sjukvård var en specialiseringsutbildning till barnmorska som startades i Vasa januari 1978 med 10 elever. Utbildningen var en påbyggnadsutbildning för de som tidigare hade gått en 2,5 årig sjukskötarutbildning och som ville specialisera sig vidare till barnmorska under en period på 12 månader. De som gick utbildningen fick en specialsjukskötarexamen inom moderskapsvård och gynekologisk sjukvård, med yrkesbenämning barnmorska. Under

specialiseringsutbildningen blev de även behöriga avdelningsskötare. Det var ett intensivt studieår, där man fick ett helt nytt yrke på bara 1 år. I utbildningen ingick både teori och praktik, men eftersom utbildningen var kort innebar det mycket medicinsk kunskap och mindre vårdande. 70- och 80-talet innebar också mycket medikalisering. I årsberättelsen från 1987 finner man att utbildningen innehöll 628 timmar teoretisk undervisning vilka inkluderar de timmar som hållits i klass. Inte självstudietimmar som uppgifter och tentläsning, vilka man inkluderar i kurstimmarna idag. Praktik ute på fältet hade man i sammanlagt 600 timmar.

Doris Strandberg var den första ansvariga barnmorskeläraren på Vasa sjukvårdsinstitut som inledde specialiseringsutbildningen inom moderskapsvård och gynekologisk sjukvård. Barnmorskeutbildningen startade på Sandviksgatan 6, där även sjukskötarutbildningen fanns sedan 1955. År 1986 tog Birgitta Schoultz-Ekblad över tjänsten som ansvarig barnmorskelärare. Under detta år ändrades också skolans namn till Vasa svenska sjukvårdsläroanstalt, för att år 1988 byta namn igen till Vasa svenska hälsovårdsläroanstalt. Följande klassfoto är från det första året då utbildningen startade i Vasa.



Foto, Klassfoto julen 1978, lärare Doris Strandberg.

Mellanstadierreformen ägde rum år 1987 och år 1988 togs den reformerade barnmorskeutbildningslagen i kraft i Vasa. Utbildningen blev nu förlängd till 3,5 år och yrkesbeteckningen ändrades till barnmorska. Studerande som inte hade avlagt en gymnasieutbildning, studerade först i ett års tid, allmänna ämnen för att komplettera den tidigare yrkesutbildningen, så att kompetenserna skulle bli likvärdiga med gymnasie-

utbildningen. De som läste allmänna ämnen var en blandad grupp av vårdare, utöver barnmorskestuderande, fanns även sjukskötarstuderande och barnskötarstuderande. Detta allmänna år ingick inga vårdämnen, utan koncentrationen låg endast på allmänna ämnen, bland annat språk, matematik och modersmål.

När själva barnmorskeutbildningen började lästes först alla ämnen som hörde till sjukskötarstudierna och därefter började barnmorskeinriktningen. På den här tiden blev barnmorskorna inte legitimerade sjukskötare, trots att de hade läst alla sjukskötarkurser. De har dock senare haft möjlighet att ansöka om sjukskötarlegitimation eftersom de hade kompetens därtill. I december år 1991 blev den första barnmorskegruppen utexaminerad, efter att utbildningen hade reformerats enligt mellanstadiereformen. Tabellen nedan beskriver antalet barnmorskestuderande som blivit antagna och utexaminerade mellan år 1978-1995, tyvärr är tabellen inte helt fullständig eftersom information om antal studerande från år 1993 saknas. År 1995 började 18 barnmorskor på barnmorskeutbildningen men endast två studerande utexaminerades från institututbildningen, de andra studerande flyttades över till Svenska Yrkeshögskolan och fick sin examen år 2000.

Tabell 2. Antal barnmorskestuderande mellan år 1978-1995 (Årsberättelser från YH Novias arkiv i Vasa)

Grupp	Utbildningens startdatum	Utbildningens slutdatum	Antal antagna studerande	Antal utexaminerade
1/78	09.01.1978	20.12.1978	10	10
2/79	08.01.1979	20.12.1979	8	8
3/82	11.01.1982	17.12.1982	7	6
4/83	05.01.1983	20.12.1983	10	9 (varav 1 i maj 84)
5/87	05.01.1987	18.12.1987	16	16
1/88	08.08.1988	20.12.1991	14	13
2/90	04.01.1990	28.5.1993	13	7
3/90	14.08.1990	17.12.1993	16	13
4/91	13.08.1991	20.12.1994	13	13
5/93	04.01.1993	05-1997	Info saknas	Info saknas
6/95	07.08.1995	12-1998	18	2
Totalt:			Ca 125	Ca 98

År 1993 förändrades utbildningen ytterligare i och med att utbildningen blev EU baserad. Utbildningen förlängdes med 1 år, från 3½ år till 4½ år, praktiken förlängdes också. Utbildningen bestod nu av hälften praktik och hälften teori, totalt 180 studieveckor som år 2015 motsvarar 270 studiepoäng. Detta är samma mängd studiepoäng som barnmorske-utbildningen innehåller ännu idag. Specialiseringsutbildningen fortsatte parallellt med den nya utbildningen eftersom de som var sjukskötare från tidigare skulle ha möjlighet att specialisera sig vidare till barnmorska om intresset fanns. Det var olika

lärare som undervisade de studerande som gick på specialiseringen och de som började på den nya reformerade barnmorskeutbildningen. Specialiseringsutbildningen ordnades inte varje år, mellan 1988-1996 ordnades endast någon enstaka specialiseringskurs, i december år 1997 examinerades den sista studerande som gick på specialiseringsutbildningen.

Barnmorskeutbildningen på Yrkeshögskolenivå

År 1996 blev barnmorskeutbildningen i Vasa en utbildning på Yrkeshögskolenivå. Eva Matintupa har varit lärare från Yrkeshögskolans början. År 1997 flyttade utbildningen från Sandviksgatan till Roparnäs, där den ännu finns. Den 1 augusti 2008 gick Svenska Yrkeshögskolan samman med Yrkeshögskolan Sydväst som låg i Åbo och Ekenäs. Dessa blev till en enhet med det gemensamma namnet Ab Yrkeshögskolan vid Åbo Akademi, Yrkeshögskolan Novia. Längs hela Finlands kust har Yrkeshögskolan Novia utbildningar, i städerna Jakobstad, Vasa, Åbo och Raseborg, men barnmorskeutbildningen finns endast i Vasa. Längden på barnmorskeutbildningen har varit 4,5 år under hela Yrkeshögskoletiden, inklusive sjukskötarutbildning. Mellan 1.1.1996 - 26.10.2015 har 125 barnmorskor utexaminerats från Novia i Vasa, inga män har blivit barnmorska under den här perioden. Under utbildningens tidigare år har däremot ett par män blivit barnmorskor i Vasa.

För tillfället byggs ett nytt campus på Brändö i Vasa, planen är att Novias social- och hälsovård och Vasa yrkeshögskolas social- och hälsovård skall verka i samma byggnad, men fortfarande vara två skilda skolor. Flytten beräknas ske år 2017.

Inträdeskrav

Inträdeskraven under utbildningen har sett lite olika ut från att utbildningen startades fram till idag. I detta kapitel kommer inträdeskraven att beskrivas utgående från lärarnas berättelser under intervjuerna. För att komma in på specialiseringsutbildningen till barnmorska skulle man vara sjukskötare och ha minst ett års arbetserfarenhet. Det gick alltså inte att påbörja utbildningen direkt efter sjukskötarexamen utan man var tvungen att arbeta något år mellan sjukskötarstudierna och barnmorskestudierna för att få arbets- erfarenhet inom vårddyrket. Något lämplighetstest inför utbildningen gjordes inte eftersom de som sökte in till barnmorska redan arbetade inom vården. Intresset för yrket var under specialiseringstiden inte särskilt stort, utan man granskade hur många sökande det fanns för att kunna besluta om det var tillräckligt för att utbildningen kunde starta.

Under tiden som utbildningen fanns på institutnivå kunde man söka in till sjukskötarutbildning med endast grundskoleutbildning och eventuellt några års arbets- erfarenhet. Den som sökte in måste vara 18 år. Det fanns även utbildningsområden på institutnivå där man inte behövde vara myndig, men för att få börja studera till sjukskötare så skulle man vara myndig.

Efter mellanstadierformen år 1987 ändrades kriterierna för att bli antagen till barnmorskeutbildningen, eftersom detta var den första vårdutbildning och sjukskötarkurserna ingick i den. Inträdeskraven för att kunna söka sig till utbildningen var att man skulle ha en utbildning på andra stadiets nivå, det vill säga yrkesutbildning eller gymnasieutbildning. Man skulle genomgå ett skriftligt psykologtest, ha en gruppdiskussion tillsammans med några av de andra som sökte in till utbildningen samt en enskild diskussion med en lärare.

Kravet på att man behövde ha en 12 årig grundutbildning för att söka in till barnmorskeutbildningen fanns inte med i EU kraven före år 2013. I Finland har de kraven funnits med redan från år 1996, då utbildningen på institutnivå blev en utbildning på yrkeshögskolenivå.

Sedan utbildningen blev Yrkeshögskola har intresset för utbildningen varit stort, barnmorskeutbildningen är en väldigt populär utbildning. Till barnmorskeutbildningen i Finland tas ungefär 200 nya studerande in per år och till Yrkeshögskolan Novia endast tolv nya studerande per år, vilket leder till att antalet sökande per plats blir ganska högt, i Vasa är antalet sökande per plats cirka 6-7 varje år.

Från och med år 2014 ändrades inträdesförhåret, i och med att ett skriftligt prov tillkom, de sökande skall läsa två böcker som tenteras på inträdesförhåret. Frågorna i inträdesprovet är inte så komplicerade, det viktigaste är att se att den som söker in till utbildningen klarar av att ta till sig text, förstå den samt att kunna skriva ner det. För att tillgodogöra sig en högskoleutbildning krävs en ganska stark teoretisk kunskap hos den studerande, trots att yrket i sig är väldigt praktiskt. Intervjuerna följer fortfarande med och därför hittas de som även har en vårdande personlighet. Det har också förändrats på så sätt att det är två lärare som gör den individuella intervjun för att det skall bli mera objektivt. Det matematiska testet finns också kvar från tidigare, det är bra att testa kunskaperna i grundläggande matematik, eftersom man behöver behärska även det som vårdare.

Utveckling i yrkesrollen och den egna identiteten

Barnmorskeparadigm är ett ord som innefattar hur man känner sig som barnmorska, synonym till paradigm är synsätt. På 70- och 80-talet rådde ett medicinskt paradigm då läkarna styrde över förlossningsvården. Paradigmet var att *"en förlossning är normal, medan läkarna utgick ifrån att förlossningen är onormal ända tills motsatsen har bevisats, och då är som förlossningen över."* Barnmorskornas position var inte så stark under den här tiden, men barnmorskornas stolthet över yrket fanns med i alla fall.

Redan under utbildningen får man som studerande med sig paradigmet, dels genom undervisningen från lärarna, men det kommer även spontant, man känner styrka och stolthet över yrket. Det är ett speciellt vårdyrke med mycket fokus på det friska och upplevelsen att få vara med då en ny människa kommer till världen är unikt. *"Det är nog en*

stolthet med en stor dos ödmjukhet i". Antalet sökande till barnmorskeutbildningen är väldigt stort, vilket också visar kraften i yrket. De som blir antagna är de med teoretiskt starka betyg, vilket också syns genom utbildningen.

"Den är väldigt stark och den har jag nog alltid sett. Jag har ju ändå haft ganska många studerande, sjukskötarestuderande också, och den är väldigt märkbart stor skillnad i stoltheten över sitt yrke att vara barnmorska jämfört med en sjukskötare."

"Det är liksom en sådan här stolthet som har samband med att man utför ett viktigt och ett krävande arbete som samtidigt också ger för det mesta en stor glädje till dem man jobbar med."

"När kvinnan och mannen kan säga att vi gjorde det i slutet, så då har vi nått vårt mål."

Läroplanens förändring under utbildningen

Utbildningen har ganska långt innehållit samma ämnen, speciellt de stora ämnen som barnmorskearbetet handlar om, det vill säga graviditet, förlossning och barnsängstid. Gynekologin har utvecklats en del under åren och har fått allt större vikt i barnmorskeutbildningen och barnmorskearbetet. I följande kapitel kommer utbildningens innehåll att tas upp från utbildningens början i Vasa fram tills idag med hjälp av intervjuerna, årsberättelserna, studiehandböckerna och läroplanerna som använts som material i studien.

Utbildningens struktur från barnmorskeutbildningens början

Under specialiseringsutbildningen såg läroplanen rätt lika ut under flera år, det som förändrades var upplägget och undervisningen i de olika kurserna som varje lärare har möjlighet att lägga sin egen prägel på. I bilaga 2 (1/7) kan man se att de stora ämnena som obstetrik, gynekologi och moderskapsvård fanns med. De hade även vårdteori, psykologi och lite forskningsmetodik redan i början av utbildningen. Ett ämne som fick mera plats i slutet av specialiseringen var gynekologi och kvinnans reproduktiva hälsa, kvinnan är gravid under en ganska kort period i sitt liv, därför behöver man ta i beaktande hela kvinnans hälsa. En barnmorska vårdar kvinnans hälsa under hela hennes liv i olika livsskeden, inte endast under graviditeten och förlossningen.

Material och information har varit svåra att få tag på under specialiseringen eftersom det inte fanns internet. Studerande använde sig av det material som lärarna gav och eventuellt tidskrifter och böcker som fanns på biblioteket. Lärarna i sin tur följde noggrant med vad som hände ute i världen, så de var uppdaterade om utvecklingen. De tog reda på information från bibliotek, böcker och artiklar. De läste också facktidskrifter från Finland och Sverige, så som Tidskrift för Barnmorskor och Jordmodern men även de norska och danska barnmorsketidsskrifterna. De hade också kontakt med andra barnmorskeinstitut.

Specialiseringsutbildningen i Vasa byggdes upp i samarbete med det finska barnmorskeinstitutet i Helsingfors.

Under praktik tiden skulle studerande dokumentera varje förlossning. De hade blanketter där de antecknade allt som hänt under förlossningen. Alla observationer, iakttagelser, yttre undersökning, inre undersökning, uppföljning samt att redogöra för andra och tredje skedet och barnets välmående. De skulle ange position och läge och i vilket skede mamman var, de skulle med yttersta noggrannhet följa med hela förloppet.

Det fanns också möjlighet för lärarna att vara med i förlossningsalen och undervisa studerande. Då hade läraren ansvaret över förlossningen och tillsammans med en studerande tog de hand om mamman från början till slut. Det här var inte bara lärorikt för den studerande utan det höll även läraren uppdaterad i yrket. Efteråt diskuterade man igenom förlossningen utgående från formuläret och uppföljningsblanketten.

Vid övningstimmar på skolan användes kvinnliga attrapper för att öva på att förlösa kvinnan, de använde också grismagar som de beställde från Österbottens kött för att lära sig sy i material som påminner om kvinnans vävnader.

Läroplanen efter mellanstadiereformen fram till Yrkehögskola

Listan med kurser under mellanstadiereformen var lång, i bilaga 2 (2/7) kan man läsa vilka kurser utbildningen innehöll, bland annat har en kurs i ADB tillkommit på läroplanen för att studerande skall lära sig att använda olika dataprogram.

Den medicinska utvecklingen och användningen av tiden är två stora saker som förändrats. Ett exempel är att när kvinnan nuförtiden har fött barn så är de inne på sjukhuset i 1-2 dygn innan hon åker hem, i slutet på 80 talet var hon inne på förlossningsavdelningen i 7-8 dagar efter en normal förlossning och i början på 90-talet var hon inne 4-5 dygn normalt. Hade en kvinna genomgått kejsarsnitt så var hon inne på avdelningen i minst 7-8 dygn, men upp till 10 dagar var normalt. Tiden är den samma som förut, men sättet den används på har förändrats, idag skall allting göras på så kort tid som möjligt på grund av ekonomiska aspekter. Det positiva är att vården har utvecklats vilket leder till att patienterna inte har behov av att stanna kvar på sjukhuset lika länge som tidigare. I och med att vården utvecklas förändras också utbildningens innehåll.

Undervisningen bestod av många läkarföreläsningar, de föreläste om obstetrik, om den sjuka människan och dennes vård. Barnmorskeläraren föreläste om den friska människan och vården där. Lärdomsproven var liknande som idag år 2015 men inte lika omfattande, man fick välja mellan att göra ett teoretiskt eller empiriskt lärdomsprov.

Alla studerande gjorde oftast praktiken på samma sjukhus, möjligheten att göra utlandspraktik var inte så vanligt. Detta innebar att klassen var tillsammans under en längre tid jämfört med idag då studerande oftast bara träffas under praktikseminarierna och sedan är de utplacerade på olika orter.

Läroplanen under Yrkeshögskolans tid

När barnmorskeutbildningen blev en utbildning på yrkeshögskolenivå föll det första året med allmänna ämnen bort, nu började alla läsa vårdkurserna direkt, oberoende på vilken utbildning man hade i bakgrunden.

Under hela yrkeshögskolans tid har läroplanen varit uppbyggd så att de första 2½ åren har lästs gemensamt med de andra vårdstuderande, sedan har de sista 2 års barnmorskestudier varvats med teori och praktik, det sista året består mest av praktik. I mitten av 1990-talet införde ministeriet krav på åtta veckors universitetspraktik under barnmorskeutbildningen. Fyra veckor på en neonatalavdelning med prematurer, det vill säga barn som är för tidigt födda och fyra veckors praktik på prenatalavdelning, vilket innebär vård av kvinnor med riskgraviditet. Yrkeshögskolan Novia tillämpar detta även idag för att studerande skall få en heltäckande kunskap inom ämnet. Tillräckligt med kunskap inom ämnet kan inte uppnås på ett mindre sjukhus eftersom svårare fall alltid skickas vidare till universitetssjukhus.

Under yrkeshögskolans tid har barnmorskeyrket ytterligare blivit mer kvinnocenterat, barnmorskans arbete handlar om kvinnan ända från pubertetsåldern till ålderdomen. Redan under specialiseringen pratades det om att barnmorskan inte endast skulle ha hand om mödravård och förlossningsvård och detta har utvecklats enormt under åren. Idag handlar barnmorskans arbete mycket mer om gynekologisk vård än tidigare. Den gynekologiska vården har också förändrats, tidigare gjordes praktiken på gynekologiska avdelningar, vilket innebar att patienterna kom in till avdelningen dagen före operationen och stannade kvar på avdelningen ett par dagar efter operationen. Idag sköts de flesta ingreppen polikliniskt, vilket innebär att klienterna är inne på sjukhuset endast några timmar efter ingreppen och kan åka hem redan samma dag.

I bilaga 2 (4/7) kan man se att utbildningen från 1996-2003 innehöll kursen mödra- och gynekologisk vårdkonst, i undervisningsplanen beskrivs kursens innehåll med familjefostran, förlossningsvårdkonst, gynekologisk vårdkonst och mödravårdskonst. Praktiken vid namn kvinnans vårdkonst innehåller de samma kurserna men i praktisk version. I studiehandbok 1999-2000 beskrivs praktikkurserna vid namn kvinnans vårdkontext 1 och 2 innehålla prenatal vård, förlossningsvård, vård under barnsängstiden, vård av nyfödda och gynekologiskvård. Kvinnans vårdkontext 3 innebär förlossningsvårdkonst, kvinnans vårdkontext 4, vård under graviditeten, kvinnans vårdkontext 5, gynekologisk vård och vården under barnsängstiden och kvinnans vårdkontext 6, vård av nyfödda. Praktikkurserna innehåller samma ämnen som idag, men som man kan se i bilagorna så har namnen på kurserna ändrats mellan olika år.

Examensarbetet är mer omfattande idag än under specialiseringen, vårdvetenskapen har utvecklats mycket och möjligheten att hitta forskningar och kunskap är betydligt bättre. Kraven under utbildningen har alltid varit höga, vilket är en fördel för studerande, det bidrar till att de lär sig mera, de får bättre respons under praktiken vilket leder till att de

lättare får arbete när de blir färdiga. Eftersom läroplanen styrs av EU direktiven följs vissa principer genom hela utbildningen, vilket skolan anser är viktigt.

Betydelsefull vetenskap för barnmorskestuderande

I intervjuerna diskuterades olika lärdomar som är viktigt att lyfta fram i yrket utöver den kunskap som ingår i läroplanen. I följande kapitel kommer ni att få läsa om vilka kunskaper om yrket baserade på lärarnas erfarenheter som de anser är viktiga att dela med de blivande barnmorskorna.

Som barnmorska behöver man komma ihåg att förlossningen är någonting normalt och naturligt. En artikel i Vasabladet från 11 november 1987 handlade om kritik mot förlossningsvården. Genom hela inlägget står det endast om hur man försöker kompensera upp förlossningsvården med ett antal läkare och specialister som finns tillgängliga, barnmorskorna nämns inte alls i artikeln. Det här exemplet visar på hur hård synen på förlossningsvården var under 80-talet. Det är därför viktigt att genom hela barnmorskeutbildningen få kunskap och färdighet om hur man arbetar självständigt och självsäkert. Detta är en förutsättning för att få ett arbete som barnmorska när man blir utexaminerad.

Under utbildningen behöver den studerande arbeta med sig själv, det är viktigt att lära känna sig själv och hur man klarar av stressiga och svåra situationer i arbetet. Barnmorskearbetet har många glädjestunder, men kan innebära även många svåra situationer. Något av det värsta som kan hända i en människas liv är att förlora sitt barn. Därför behöver man som barnmorska våga möta den här svåra situationen, det vill säga att kunna finnas till för ett par som just mist sitt barn och är i behov av stöd och krishjälp. Barnmorskan är i sig själv ett stort arbetsredskap, därför är det viktigt att sköta om sig själv och sitt eget välbefinnande. Som vårdare är man väldigt inriktad på att lösa problem, men det går inte alltid att lösa problem som uppstår i livet, ibland måste man bara klara av att möta en svår situation. I skolan lär sig de blivande barnmorskorna det praktiska i yrket, vad och hur man skall göra olika saker med händerna, som till exempel att förlösa en kvinna. När man en gång har lärt sig det så kan man det resten av livet. Det som är konsten i yrket är att lära sig bemöta kvinnan, att finnas där för henne i alla lägen, att vara på hennes nivå och vara det bästa stödet.

Slutligen är det viktigt att lära sig värdesätta olikheter, det främjar en bra arbetsgemenskap. Istället för att störa sig på någon kollega, för något hon inte kan, så kan man fundera på vilka starka sidor hon har som inte jag själv har, så att man kompletterar varandra istället för att konkurrera med varandra.

Vårdarnas vetenskap

Huvud-hand-hjärta modellen tillämpas i alla vårddyrken, att använda huvudet, att göra ett handarbete och att ha hjärtat med, är betydelsefullt i varje vårddyrke. Katie Eriksson har

belyst modellen, men den har funnits med från långt tillbaka i tiden. Viljan att hjälpa andra finns hos människan, men vårdyrket som sådant upplevdes mera som ett kall i början.

År 1978 då utbildningen precis hade startat i Vasa pratades det inte så mycket om vårdprocessen och vårdplanering, men det kom strax därefter, det vill säga under 80-talet. När Birgitta Schoultz-Ekblad började sin sjukskötarlärarutbildning var Katie Eriksson i början av sin vårdvetenskapskarriär och kom ut med boken vårdprocessen. Birgitta gick därför i hennes fotspår under sjukvårdslärarutbildningen och läste allt kring vårdteorier, vilket gjorde att det var lättare att införa det i utbildningen i Vasa när hon började som lärare. På skolan utvecklades också ett samarbete med Katie Eriksson då hon kom till Vasa och startade den vårdvetenskapliga institutionen. Den 30 september 1986 hölls den första vårdvetenskapliga grundkursen i Vasa på Pedagogiska Fakulteten med professor Katie Eriksson, det var vårdvetenskapens begynnelse i Vasa⁸.

Lärarna på Vasa svenska sjukvårdsläroanstalt utvecklade något som kallades för "gula gubben", det var en översikt över vård, patientanalys samt en kontinuerlig utvärdering på patientanalys. Gula gubben fanns på ett A4:s papper och eleverna skulle fundera över vad patientanalys och patientdata är och hur man går vidare med dem. Det här var i begynnelsen av vårdprocessen. Studerande hade svårt att förstå hur man kan integrera teori och praktik och varför de skall lära sig alla invecklade begrepp och benämningar om vetenskap. Istället hade de förväntningar på att få lära sig de praktiska kunskaperna som att sätta kanyler, ta blodtryck och sköta sår.

I och med vårdvetenskapen kom även forskningsmetodiken till som också lärdes ut mera i samband med examensarbetet. Målet med vårdvetenskapen var att stärka sjukskötarnas identitet och specialutbildningens eget område. Vårdarnas eget område är vårdvetenskap, allt en vårdare gör och alla ämnen under studietiden innefattar vårdvetenskap. Vårdarna är stolta över att ha en alldeles egen vetenskapsgrund, det handlar om hur man skall möta människor, precis det som huvud, hand, hjärta modellen vill förmedla.

Nu för tiden är huvud, hand, hjärta modellen något som finns med indirekt i utbildningen och i vårdvetenskapen överlag, men det är inget som tydligt lyfts fram. Förut på Vasa svenska hälsovårdsläroanstalts tid fanns en praxis att alla använder Erikssons vårdmodeller, men det behöver man inte längre följa. Idag är barnmorskans huvudämne kvinnans reproduktiva hälsa och studierna grundar sig på evidensbaserad barnmorskevetenskap.

Tolkning

I detta kapitel tolkas undersökningens resultat mot den teoretiska modell som använts i studien. Huvudet är det teoretiska i utbildningen, det evidensbaserade

⁸ Läs Lindholm, 1996, s. 102.

barnmorskearbetet. Det handlar om att lära sig hur barnmorskearbetet skall utföras samt vetenskapen bakom arbetet. Vårdaren behöver alltid tänka med huvudet före handlandet, för att kunna utvärdera om åtgärden är av betydelse.

I studien framkommer en hel del reformeringar av utbildningen. För att kunna göra en förändring och framför allt att förstå att en förändring behöver göras så behövs huvudet. Det är viktigt att fundera på vad som är bra och dåligt med en utbildning och vad man skulle kunna göra för att förbättra den. Vid en förändring behöver tanken på både lärarna och studerande finnas med, men också på de klienter som studerande skall hjälpa i framtiden. Vad som är mest väsentligt att studerande lär sig under utbildningen och hur tung arbetsbördan får vara är viktigt att fundera på.

I resultatet kom det fram att vårdvetenskapen kom ganska i början när barnmorskeutbildningen startade i Vasa, men den har utvecklats och blivit mera aktuell senare. I samband med utvecklingen av vårdvetenskapen har också examensarbetet fått större del i vårdutbildningen.

Handen utför det praktiska arbetet som huvudet har lärt sig. Handen skriver ner anteckningar i skolan och på arbetet för att huvudet skall minnas bättre. På de tillämpade studierna i skolan lär sig handen det praktiska arbetet. Praktiken har alltid funnits med i utbildningen men har hela tiden utvecklats och fått större plats i utbildningen, dels eftersom studietiden har förlängts vilket gör att det finns mera tid för det praktiska arbetet idag.

I och med att vårdvetenskapen har utvecklats har också den praktiska vården förändrats, idag vårdas kvinnorna och barnen på ett annat sätt än vad de gjorde tidigare. Vårdarna behöver kunna arbetet, men de utför inte lika mycket praktiska uppgifter själv som förut utan de använder istället huvudet mera och handleder föräldrarna i vården av barnet så att föräldrarna kan börja sköta barnet själv genast från att det föds. I samband med förlossningen är handarbetet viktigt för barnmorskorna, bland annat vid stödandet av mellangården, uthjälpling av barnet och eventuell suturering efteråt.

Hjärta är en väldigt viktig del i vården och i barnmorskearbetet. Att vara närvarande och omtänksam är av betydelse, både i skolan mot lärare och medstuderande och speciellt sedan när man utför arbetet ute på fältet och kommer i kontakt med människor, som oftast är mycket sårbara på sjukhuset när de är i svåra situationer. Det är viktigt att ha hjärtat med, att visa medkänsla och fundera hur man skall fråga olika saker för att det inte skall tolkas fel. Stoltheten i barnmorskeyrket hör också till hjärtat, det är inte en mallig stolthet som barnmorskorna utan det är en stolthet med mycket kärlek över att få hjälpa kvinnorna i en påfrestande livssituation men som oftast också för med sig otroligt mycket glädje.

I barnmorskearbetet behöver man en blandning av alla dessa tre, Huvud, Hand och Hjärta. Har man inte med dem alla i det arbete man utför så blir det inte ett bra resultat. Huvud-, hand-, hjärta modellen är idealisk för vårdarbetet, de går hand i hand i allt som görs.

Kritisk granskning

I studien har respondenten valt att intervjua de lärare som varit ansvariga för barnmorskeutbildningen, eftersom studien handlar om barnmorskeutbildningen i Vasa så anses lärarna vara de mest kunniga inom området.

I studien valde respondenten att intervjua lärare eftersom två av de tre barnmorskelärarna som intervjuades själv hade gått utbildningen i Vasa får man en större helhetsbild. I studien hade man också kunnat välja att intervjua studerande som gått barnmorskeutbildningen i Vasa för att få flera åsikter om utbildningen och mera detaljerad information om varje enskilt år. Lärarna har varit med länge under många år och på så sätt får man fram en hel del viktig information men det är också svårt för dem att minnas olika mindre förändringar som gjorts under åren, som kanske studerande skulle minnas bättre från de åren som de gick utbildningen.

För att eventuellt få fram ytterligare information om utbildningen hade frågorna kunnat ställas annorlunda. Frågan "Vad innehöll utbildningen" hade kunnat splittras i mindre delar, för lärarna var det svårt att räkna upp vilka kurser som funnits med under olika år, de kunde svara på vilka stora kurser som utbildningen innehållit men att börja diskutera utbildningens innehåll från kurs till kurs är svårare och tar också väldigt mycket tid. I efterhand konstaterade respondenten att frågan kunde ha lämnats bort helt eftersom informationen om kurser fanns i årsberättelser, studiehandböcker och läroplanerna på Novias intranet. Fråga 14 om skoluniformer och vårdkläder ville respondenten ha med eftersom det hade varit intressant, men eftersom dessa inte hade funnits med på barnmorskeutbildningens tid i Vasa blev frågan obesvarad.

För att resultatet skall vara trovärdigt och inte feltolkas har respondenten bett informanterna att läsa igenom resultatdelen efter att den sammanställts, tyvärr skickades resultatdelen endast ett par dagar på förhand till lärarna vilket bidrog till att alla inte hade möjlighet att på kort varsel läsa igenom studien före det blev inskickat. Skulle respondenten göra en ny studie skulle en noggrannare planering göras för att få färdigt studien i god tid så informanterna skulle hinna läsa igenom resultatdelen före studien skall inlämnas, på så sätt skulle studien bli mera pålitlig. I studien har årsberättelser, studiehandböcker och läroplaner använts för att jämföra informanternas svar och på så sätt kontrollera att informationen är sanningsenlig. All information går tyvärr inte att följa upp eftersom dokumentationen är knapphändig. För att citaten i texten skall vara tydliga har respondenten valt att översätta dem från dialekt till högsvenska.

Det rekommenderas att primärkällor används i studier eftersom det är mer tillförlitligt med källor som blivit nedtecknad eller berättad genast efter en händelse då minnena är färskare. Intervjuerna räknas som sekundärkällor eftersom tiden som informanterna berättar om har utspelats för flera år sedan, detta bidrar till att de kan minnas fel eller att de glömmet bort att berätta någon väsentlig del om utbildningen.

Den sista intervjun som gjordes i studien kändes inte helt fullständig, den planerade tiden var 1,5 timme men på grund av olika omständigheter blev det stressigt vid intervjutillfället och det kändes som att man rusade genom intervjun från början till slut. Hade studien utförts igen skulle respondenten välja en tid då båda parterna kan sitta i lugn och ro utan att behöva fundera på tiden inför följande möte. Vid oklarheter i samband med analysen har respondenten tagit kontakt via e-post för att resultatet skulle bli mera fullständig.

Diskussion

I studien kom det fram att studerande under specialiseringsutbildningen lärde sig ett helt nytt yrke på bara ett år. De hade nästan lika många timmar teori och praktik, men utöver det antal timmar som nämns i kapitel 7.2.1 skulle de också göra uppgifter och läsa till tenter. Det låter som ett otroligt tufft år för de som studerade under den tiden, trots att utbildningen också idag för med sig mycket arbete. Idag innehåller utbildningen en hel del praktik vilket också behövs. Jag är förundrad över hur de barnmorskor som studerade på 70- och 80-talet vågade ta sig an barnmorskearbetet när de blev utexaminerade efter att ha praktiserat så få veckor. Hur de hann lära sig arbetet i förlossningssalen, på BB, rådgivningen och gynekologin på knappt fyra månader kan man fundera på.

Enligt de uppgifter som finns har cirka 223 barnmorskor blivit utexaminerade i Vasa mellan år 1978–2015. Antalet stämmer tyvärr inte helt eftersom antalet utexaminerade barnmorskor år 1993 är lite osäkert. I medeltal innebär det att cirka 6 studerande har utexaminerats per år sedan utbildningen startade. Antalet utexaminerade är ganska lågt med tanke på att utbildningen har funnits i 37 år. I början var intresset till utbildningen inte speciellt stort men efter att skolan blev yrkeshögskola har det varit många sökande varje år och varje år har 12 nya studerande tagits in till barnmorskeutbildningen, därför är det förvånansvärt att inte flera studerande har genomfört studierna. Eventuellt skulle inträdesförhöret till en viss del kunna bidra till att många som söker inte slutför studierna, det kommer att vara intressant att se om det nya inträdesprovet påverkar statistiken av antalet utexaminerade barnmorskor.

Vidare forskning på studien skulle kunna innebära att intervjuer görs med studerande som gått utbildningen, för att få en mer detaljerad studie. Under studiens gång har respondenten diskuterat med handledare under praktiken om hur utbildningen såg ut när de studerade i Vasa. En handledare som började studera i slutet på 1990-talet berättade att alla sökte in till sjukskötare och gick samma kurser och först på andra året så kunde de välja inriktning, ifall de ville bli barnmorska, hälsovårdare eller sjukskötare. Denna information kom inte alls fram under intervjuerna i denna studie, det finns säkert annan information om utbildningen som har glömts bort i studien som en ny studie skulle kunna plocka upp. Om några år skulle det också vara intressant att fortsätta på studien för att veta hur den framtida utbildningen utvecklas.

I studien hade det också varit intressant att studera skillnaden mellan yrkesskolan och gymnasiet samt, hur den har utvecklats eftersom de som gick barnmorskeutbildningen år 1988 måste läsa ett extra år med allmänna ämnen om de inte hade gymnasieutbildning. Detta tyder på att skillnaden har varit ganska stor mellan yrkesskola och gymnasiet, kanske också längden på utbildningarna skilde åt? Respondenten valde att inte gå in på ämnet eftersom det hade krävt ytterligare tid.

Källförteckning

- Arkivverket Åbo (u.å.). Mer info om Åbo brand 4.9.1827. [Online]. <http://extranet.narc.fi/arkistotkertovat/asiakirja.php?alid=10&akid=81> [Hämtat 2.10.2015].
- Carlsson, B. (1984). *Grundläggande forskningsmetodik – För vårdvetenskap och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Carlsson, B. (1997). *Grundläggande forskningsmetodik – För medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1991). *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Åbo Akademi.
- Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen – Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber
- Eriksson, K. & Matilainen, D. (2002). *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria – Strövtåg i spårandet av "caritas originalis"*. Vasa: Åbo Akademi.
- Forskningsetiska delegationen Tenk (2012). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. [Online]. www.tenk.fi [Hämtat 4.11.2015].
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod*. Poland: Studentlitteratur.
- Hietala, M & Tukkimäki, J., (2008), *Helsingfors- historisk stadsatlas*. Finland. i: M. Hietala, M. Helminen & M. Lahtinen, red. Helsingfors: Urban Facts.
- Hänninen, S-L. (1965). *Kättilötyön vaiheita*. Helsinki: Otava
- Höjeberg, P. (1981). *Jordemor – Barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*. Södertälje: Gidlunds.
- Höjeberg, P. (1995). *Helena Malhiems barnmorskelära år 1756*. Stockholm: Hälsovetenskapliga Högskolan i Gäddede & Höjer.
- Höjeberg, P. (2011). *Jordemor, barnmorska och barnaföderska – Barnafödandets historia i Sverige*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Jutikkala, E. & Pirinen, K. (1973). *Finlands historia*. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Laiho, M. (1991). *Viisaista vaimosta nykyajan kättilöiksi*. Helsinki: Kättilöopisto
- Lindberg, J. (2011). *Finlands historia: från 1800-talet till Finlands självständighet*. [Online] 1917 <http://www.uppslagsverket.fi> [Hämtat 8.4.2015].
- Lindholm, M. (1996). *Sandviksgatan 6. Vasa svenska hälsovårdsläroanstalt 1955-1995*. Vasa: Vasa Svenska Hälsovårdsläroanstalt.
- På sjukhus i Vasa. (1963). Att bli sjukskötare. [Film]. <http://svenska.yle.fi/artikel/2010/09/20/att-bli-sjukskotare> [Hämtat 20.10.2015]. Vasa: Svenska Yle.
- Qvarsell, R. (1991). *Vårdens idéhistoria*. Helsingborg: Roger Qvarsell och Carlsson Bokförlag.
- Schoultz- Ekblad, B. (1988). *I livets tjänst*. Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.
- Schoultz-Ekblad, B. (1997). *Med änglars tålamod – En idéhistorisk vandring på barnmorskans arena*. Vasa: Åbo Akademi
- Undervisnings- och kulturministeriet. (2015). Kättilökoulutukselle uusi suunta- Selvitys rakennevaihtoehdoista. [Online]. www.minedu.fi [Hämtat 21.10.2015].
- Vainio-Korhonen, (2012). *Ujostelemattomat – Kättilöiden, synnytysten ja arjen historia*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Vasabladet 11 november 1987. "BB-kritik får inte överdrivas". Bagge, M.
- Öberg, L. (1996). *Barnmorskan och läkaren – Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870-1920*. Stockholm: Ordfronts förlag.

Bilaga 1 Förfrågan om intervjuundersökning för examensarbete

Bästa barnmorskelärare!

Jag studerar till barnmorska på Yrkeshögskolan Novia i Vasa, planerar att bli klar med min examen i december 2016. För tillfället skriver jag mitt examensarbete. Barnmorskegruppen med studiestart hösten 2012 har fått ett gemensamt beställningsarbete från Barnmorskeförbundet i Finland, huvudtemat för hela arbetet är "den utbildade barnmorskan med dig i 200 år". Barnmorskeutbildningen som startade i Åbo 1816 fyller således 200 år nästa år. Vi har delat upp temat i olika delar och examensarbetet som jag valt att skriva om handlar specifikt om barnmorskeutbildningens historia i Vasa.

Syftet med min studie är att beskriva barnmorskeutbildningen i Vasa från när den startade fram tills idag. I arbetet framställs utbildningens tidigare uppbyggnad för att ta reda på hur utbildningen har präglats under åren och förstå på vilken grund barnmorskeutbildningen i Vasa bygger.

Som datainsamlingsmetod i studien intervjuar jag lärare som varit ansvarig för barnmorskeutbildningen under de år som utbildningen har funnits i Vasa. I studien kommer jag även att använda mig av årsberättelser för att få information om vilka år utbildningen ägt rum samt vilka kurser utbildningen innehållit. I intervjun kommer frågor om utbildningen att vara aktuella, till exempel frågor om traditioner och seder, inträdeskrav och vad som har förändrats.

Det finns ingen tidigare studie om barnmorskeutbildningens historia i Vasa och därför skulle det vara väldigt värdefullt att få det dokumenterat. Eftersom ni som barnmorskelärare har varit ansvarig för utbildningen under en särskild period skulle det vara av intresse att höra era tankar och minnen från utbildningen som jag sedan skulle få analysera i min studie. Intervjun skulle räkna cirka 1-2 timmar och om möjligt hållas redan nu i maj på överenskommen plats. Skulle du vara intresserad att ställa upp på en intervju?

I studien behöver inte era namn nämnas om så önskas, men bra att ha i åtanke är att det inte är så svårt att lista ut vem de intervjuade är. Deltagandet är frivilligt och ni har rätt att avbryta intervjun när som helst utan några konsekvenser.

Vänligen svara på e-post senast 17.05.2015 om du har möjlighet att delta. Det finns möjlighet att få frågorna på förhand vilket gör det lättare att förbereda sig. Fråga gärna om det är något du funderar på angående arbetet eller intervjun.

Med vänliga hälsningar
Carolina Granholm
Barnmorskestuderande på Novia
E-postadress
Tel.nummer

Anita Wikberg
Lektor och handledare på Novia
E-postadress
Tel.nummer

Bilaga 2 Läroplaner för barnmorskor från 1978–2015

Moderskapsvård och gynekologisk sjukvård				1978-79	1979-80
Teori:				628	254
Hälso och sjukvårdslära:				200 h	
Vårteori					
moderskapsvård och spädbarnsvård					51
Gynekologisk sjukvård					40
Hälso och sjukvårdsadministration:				90	
Administrationslära				24	
Hälso och sjukvårdsadm.				42	21
Arbets- och tjänstelagsbefattning				10	10
Offentlig och kommunal förvaltning				14	12
Medicinska ämnen:				150	
Klinisk fysiologi				30	
Inre medicin-kirurgi				10	
Obstetrik				50	14
Gynekologi				20	16
Pediatrik				14	
Anestesiologi				10	10
Farmakologi				16	14
Sociala och psykologiska ämnen:				50	
Socialpolitik				20	20
Socialpsykologi				10	
Föräldraskapets psykologi				10	8
Grupparbetsdynamik				10	
Stödämnena:				138	
Folkhälsovetenskap				30	30
Forskningsmetodik				15	3
Pedagogik				83	
Studievägledning				10	5
Praktik:				600	308

Barnmorskeutbildning	Årtal:	1981-82	1986-87	1987-88	92-93	93-94
Teori:						
Vårdteori- filosofi-pedagogik		56	50	50	40	10
Mödravårdslära					90	44
Klinisk fysiologi		30	20	20	38	
Obstetrik I		18	24	30	18	
Obstetrik II		16	20	14	18	
Pediatrik			18	18	18	
Farmakologi		16	12	12	16	
Cancersjukdomar		8			8	
Administrationslära		20	20	20	20	
Hälso- och sjukvårdsadministration			30	30	8	
Socialpsykologi		20			20	
Föräldraskapets psykologi		10			10	
Forskningsmetodik		20	20	20	20	
Statistik		30	20	20	30	
Pedagogik		14			14	
Socialpolitik			20	20	20	
Studievägledning			16	8+8	14	
Grupparbmetodik		10	10	10	10	
Moderskapsvård och spädbarnsvård		55			45	
Gynekologisk sjukvård					38	46
seminarier					20	
obstetrik III					16	18
Gynekologi			18	18	20	20
Anestesiologi			10	10	10	10
Folkhälsovetenskap			20	20	40	40
Hälso- och sjukvårdsadminstration					30	22
Arbets- och tjänstlagstiftning			10	10	8	12
Offentlig och kommunalförvaltning			10	10	10	10
Hälsovårdsekonomi			14	14	20	16
Socialpsykologi			20	20	20	
Föräldrapsykologi			10	10	10	
Näringslära					10	
ADB			16	16	16	16
Klinisk elektronik		10			14	
Studievägghandledning		10			10	6
kommunikation		10				
Endokrinologi		9				
Modersmålet		x				
mödravårdslära o gyn sjukvårdslära			164	109+55		
Praktik:		291	576	576	288 h	
Teori och praktik totalt:		700 h				

Inriktningalternativ för barnmorskearbetet	Årtal:	1996-99	99-2000	2000-01	2001-02	2002-03
Teori:	Totalt:	8 sv	8 sv	8 sv	16 sv	19 sv
Mödra- och gynekologisk vårdkonst		3 sv	4 sv	4 sv	10 sv	10 sv
Stödämnena för mödra- och gynekologisk vårdkonst		3 sv	2 sv	2 sv	4 sv	4 sv
Mathernity & Gynaecol. Caring Theory		1 sv	1 sv	1 sv	2 sv	2 sv
Maternity & Gynaecol. Nursing Theory		1 sv	1 sv	1 sv		
Lärdomsprov		10 sv	10 sv	10 sv	13 sv	10 sv
Utvecklingsarbete						3 sv
Praktik:	Totalt:	54 sv	54 sv	54 sv	42 sv	42 sv
Kvinnans vårdkontext 1		2 sv	2 sv	2 sv	2 sv	2 sv
Kvinnans vårdkontext 2		52 sv	12 sv	12 sv	10 sv	10 sv
Kvinnans vårdkontext 3			20 sv	16 sv	12 sv	12 sv
Kvinnans vårdkontext 4			8 sv	12 sv	8 sv	8 sv
Kvinnans vårdkontext 5			8 sv	8 sv	6 sv	6 sv
Kvinnans vårdkontext 6			4 sv	4 sv	4 sv	4 sv
Sammandrag av hela barnmorskeutbildningen, inklusive sjukskötarstudierna						
Grundstudier		25 sv	24 sv	24 sv	20 sv	20 sv
Yrkesstudier		20 sv	21 sv	21 sv	20 sv	20 sv
Fördjupade yrkesstudier		25 sv	25 sv	25 sv	37 sv	37 sv
Valfria studier		10 sv	10 sv	10 sv	10 sv	10 sv
Lärdomsprov		10 sv	10 sv	10 sv	13 sv	13 sv
Praktik		90 sv	90 sv	90 sv	80 sv	80 sv
Totala sp i bm utbildningen:		180 sv	180 sv	180 sv	180 sv	180 sv

Inriktningalternativ för barnmorskearb.	Årtal:	2003-04
Teori:	Totalt:	19 sv
Moderskapets psykologi		1 sv
Anatomi, fysiologi och embryologi		1 sv
Mödravårdskonst		2 sv
Förlossningsvårdskonst		2 sv
Gynekologisk vårdkonst		2 sv
Familjeplanering och sexualfostran		1 sv
The History of Midwifery		1 sv
Midwifery Care		1 sv
Obstetrik, gynekologi och anestesiologi		2 sv
Endokrinologi och genetik		1 sv
Nyföddas vårdkonst		1 sv
Perinatologi och neonatologi		1 sv
Utvecklingsarbete		3 sv
Praktik:	Totalt:	42 sv
Kvinnans vårdkontext 1		12 sv
Kvinnans vårdkontext 3		12 sv
Kvinnans vårdkontext 4		10 sv
Kvinnans vårdkontext 5		4 sv
Nyföddas vårdkontext		4 sv
Sammandrag av hela barnmorskeutbildningen, inklusive sjukskötarstudierna		
Grundstudier		22 sv
Yrkesstudier		20 sv
Fördjupade yrkesstudier		35 sv
Valfria studier		10 sv
Lärdomsprov		10 sv
Praktik		80 sv
Totala sp i bm utbildningen:		180 sv

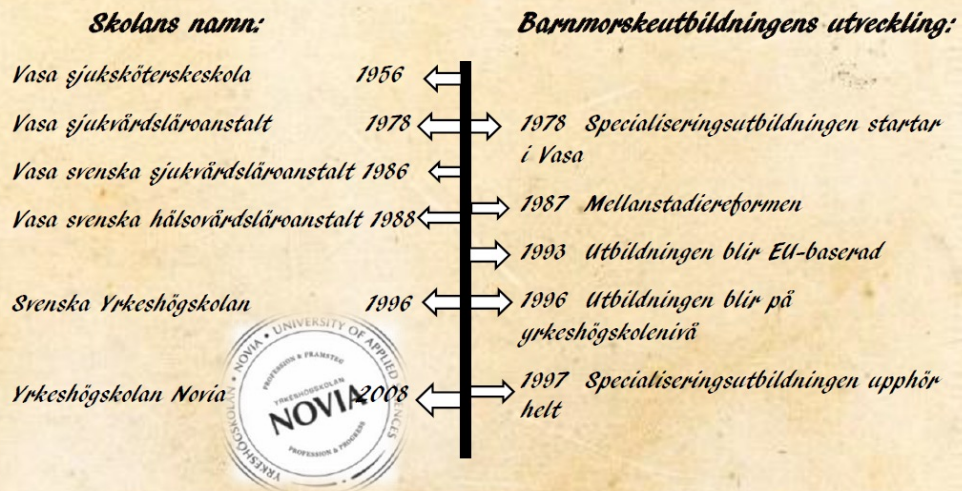
Inriktningalternativ för barnmorskearbetet	Årtal:	2005-09
Teori:	Totalt:	30 sp
Gynekologisk barnmorskekunskap		5 sp
Evidensbaserad barnmorskekunskap		5 sp
Mödra- och neonatalvård		5 sp
Förlossningsvårdskonst		5 sp
Barnmorskekunskapens medicinska stödämnen		5 sp
Utvecklingsarbete i bm kunskap		5 sp
Praktik:	Totalt:	60 sp
Mödra- och gynekologisk vård		15 sp
Den gravida kvinnans vård		15 sp
Den födande kvinnans vård		25 sp
Den nyföddas vård		5 sp
Sammandrag av hela barnmorskeutbildningen, inklusive sjukskötarstudierna		
Grundstudier		20 sp
Yrkesstudier		70 sp
Fördjupade yrkesstudier		35 sp
Valfria studier		5 sp
Lärdomsprov		20 sp
Praktik		120 sp
Totala sp i bm utbildningen		270 sp

Inriktningssalternativ för barnmorskearbetet					Årtal:	2010-13
Teori:						32 sp
Vårdteori						2 sp
Barnmorskearbetets utgångspunkter 1						2 sp
Barnmorskearbetets utgångspunkter 2						1 sp
Mödrahälsovård och kvinnans reproduktiva hälsa 1						3 sp
Mödrahälsovård och kvinnans reproduktiva hälsa 2						5 sp
Handledning och sexualhälsa						3 sp
Neonatalvård						2 sp
Förlossningsvårdskonst 1						4 sp
Förlossningsvårdskonst 2						2 sp
Gynekologisk barnmorskekunskap 1						2 sp
Gynekologisk barnmorskekunskap 2						1 sp
Utvecklingsarbete för barnmorskekunskap						5 sp
Praktik:						60 sp
Mödra- och gynekologisk vård 1						6 sp
Mödra- och gynekologisk vård 2						3 sp
Mödra- och gynekologisk vård 3						6 sp
Den gravida kvinnans vård 1						6 sp
Den gravida kvinnans vård 2						3 sp
Den gravida kvinnans vård 3						6 sp
Den födande kvinnans vård 1						6 sp
Den födande kvinnans vård 2						6 sp
Den födande kvinnans vård 3						6 sp
Den födande kvinnans vård 4						6 sp
Den nyföddas vård						6 sp
Sammandrag av hela barnmorskeutbildningen, inklusive sjukskötarstudierna						
Grundstudier						15 sp
Yrkesstudier						109 sp
Valfria studier (praktik)						6 sp
Lärdomsprov						20 sp
Praktik						120 sp
Totala sp i bm utbildningen:						270 sp

Inriktningalternativ för barnmorskearbetet	Årtal:	2014-15
Teori:		30 sp
Barnmorskekunskapens utgångspunkter		3 sp
Reproduktionsfysiologi och genetik		3 sp
Mödrahälsovård 1		3 sp
Mödrahälsovård 2		3 sp
Förlossningsvård 1		3 sp
Sexualhälsa och gynekologisk vård 1		3 sp
Neonatalvård och amningshandledning		4 sp
Ledarskap och utveckling inom barnmorskekunskap		3 sp
Utvecklingsarbete i barnmorskekunskap		5 sp
Praktik		60 sp
Sexualhälsa och gynekologiskvård 2		3 sp
Vård under barnsängstiden		9 sp
Vård under graviditet		9 sp
Vård vid riskgraviditet, -förlossning och -barnsängstid		6 sp
Förlossningsvård 2		3 sp
Vård under förlossning 1		6 sp
Vård under förlossning 2		6 sp
Vård under förlossning 3		6 sp
Vård under förlossning 4		6 sp
Neonatalvård		6 sp
Sammandrag av hela barnmorskeutbildningen, inklusive sjukskötarestudierna		
Grundstudier		12 sp
Yrkesstudier		108 sp
Valfria studier (praktik)		
Lärdomsprov		20 sp
Praktik		135 sp
Totala sp i bm utbildningen:		270 sp

Poster: Barnmorskeriet i Österbotten

Barnmorskeriet i Österbotten



- Totalt har ca. 220 barnmorskor utexaminerats i Vasa fram till år 2015

Barnmorskans ämnesområden

Sexualhälsa
Gynekologisk vård
Famijjplanering
Mödravård
Prenatalvård
Förlossningsvård
Vård under Barnsängstiden
Neonatalvård

Barnmorskans ansvarsområden

Vård av kvinnan i alla olika åldrar

Egenskaper hos barnmorskan

Mod - Väga ta ansvar
Flexibilitet
Tålmod
Självständigt arbetssätt
Samarbete
Huvud - koncentrerad, teoretisk kunskap
Hand - det praktiska
Hjärta - medkänsla

Utvecklingsmöjligheter

Specialutbildningar inom olika områden
Akademisk examen
Egenföretagare

©Yrkeshögskolan och Carolina Granholm

HVD Anita Wikberg

En utb. 200-års jubileum 2016

Abstrakt för poster Barnmorskeriet i Österbotten

Bakgrund

Studiens bakgrund är examensarbetet *Barnmorskeutbildningens historia i Vasa* (Granholm, 2015). I examensarbetet beskrivs utbildningens struktur dvs. längd och kursinnehåll under olika tider. Lärarna och antalet utexaminerade nämns. Examensarbetet har gjorts med anledning av barnmorske-utbildningens 200-års jubileum år 2016.

Undersökningsfrågor

Syftet är att presentera barnmorskeutbildningen och dess utveckling i Vasa från år 1978 samt att presentera barnmorskans arbetsområden.

Metoder

Historisk analys av arkivmaterial och intervjuer med barnmorskelärare har gjorts. Materialet har bearbetats med innehållsanalys. Forskningsetiska riktlinjer har följts.

Resultat

Resultatet presenteras i en poster. Skolans namn och barnmorskeutbildningen presenteras på en tidsaxel. Då barnmorskeutbildningen i Vasa startade år 1978 var den en 1-årig special-sjukskötarutbildning som byggde på en sjukskötarutbildning. I och med mellanstadiereformen år 1987 blev det en 3,5-årig direktutbildning till barnmorska. Samtidigt pågick specialsjukskötarutbildning parallellt. År 1993 började EU-direktiven tillämpas och barnmorske-utbildningen byggde igen på sjukskötarutbildning och blev sammanlagt 4,5 år. Till barnmorskans ansvarsområden hör kvinnan i olika åldrar dvs. den normala graviditeten, förlossningen, barnsängstiden, gynekologisk vård och sexuell hälsa. Barnmorskans arbetsmöjligheter beskrivs liksom de egenskaper en barnmorska förväntas ha idag.

Konklusioner

Barnmorskeutbildningen har förändrats både till struktur och innehåll under den tid den har funnits i Vasa, men samtidigt är kärnan den samma dvs. att värna om kvinnans och barnets hälsa. Utbildningens historia visar vad dagens utbildning bygger vidare på. Barnmorskans arbetsfält är brett och det finns många möjligheter till karriärutveckling.

Den kommunala mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten

Linda Hinds, Sandra Landgårds

Inledning

Sedan mödrarådgivningens begynnelse har man byggt upp verksamheten till att bli en trygg och givande verksamhet för väntande mödrar, samtidigt som man har sett till att på bästa sätt främja hälsan hos den gravida kvinnan och barnet. Mödrarådgivningsverksamheten har ändrats med åren för att anpassas till befolkningens behov och dess förändrade levnadsvanor. Även barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen har ändrats markant fram tills dagens läge. Under efterkrigstiden hörde det till den kommunala barnmorskans arbetsuppgifter att ha hand om mödrarådgivning på mottagningarna, göra hembesök samt sköta om hemförlossningar. Hemförlossningarna tog upp en stor del av arbetet och barnmorskan hade på så vis inga angivna arbetstider utan de var i tjänst dygnet runt alla dagar i veckan. Hembesöken var inte planerade på samma sätt som de är idag. Barnmorskan kunde besöka den gravida kvinnan när hon tyckte det passade eller behövdes, och antalet hembesök blev oftast många. Under efterkrigstiden fanns det inte färdmedel på samma sätt som idag och barnmorskan hamnade ibland att ta sig långa vägar till hemmen t.ex. till fots, med cykel eller med buss och under vissa omständigheter även med hästskjuts (Social- och hälsovårdsministeriet (STM), 2013, s. 8–9; Nationella expertgruppen för mödravården, 2015, s.12–13; personliga intervjuer med pensionerade barnmorskor, 7.9.2015, 15.9.2015, 17.9.2015).

Ännu i dagens läge grundar sig mödrarådgivningens verksamhet på att regelbundet och efter individuellt behov följa med och främja fostrets sunda tillväxt, utveckling och välbefinnande samt hälsan hos gravida kvinnor och kvinnor som fött barn. Rådgivningstjänsterna blev redan år 1944 lagstadgade så att kommunerna fick ansvaret över att ordna tjänsterna, och år 1949 hade de kommunala barn- och mödrarådgivningsbyråerna utvecklats till ett nätverk som täckte hela landet. Vårt tema för studien valde vi eftersom vi ville lyfta fram hur mödrarådgivningen såg ut i kommunerna i Österbotten under efterkrigstiden. Vi valde att studera från och med året 1944 då rådgivningsverksamheten lagstodgades fram till året 1972 då folkhälsolagen stiftades och rådgivningsverksamheten började höra till primärvården och verkställas på hälsovårdscentralerna (Folkhälsolag, 1972/66, §14, §50; STM, 2007, s. 47; Hälso- och sjukvårdslag, 2010/1326, §15; STM, 2013, s. 8; Nationella expertgruppen för mödravården, 2015, s. 96).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att beskriva den kommunala mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten. Våra frågeställningar är:

1. Vilka arbetsuppgifter hade barnmorskan inom mödrarådgivningen under åren 1944–1972?
2. Hur upplevdes mödrarådgivningsarbetet av barnmorskan under åren 1944–1972?
3. Vad ansågs en god barnmorska ha för egenskaper inom mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972?

Teoretiska utgångspunkter

Vi har valt att använda "The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery" av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) som teoretisk utgångspunkt. Eftersom teorin tar upp de egenskaper en god barnmorska ska ha, torde resultatet kunna beskrivas med hjälp av teorin. I följande kapitel kommer vi att först utreda betydelsen av en del ord och fraser som Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) använt och sedan redovisa för de begrepp vi har valt att använda oss av i vår studie. Därefter kommer vi att kort beskriva vad Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) teori beskriver.

Utredning av ord och fraser

I Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) teoretiska studie används några ord och uttryck som är av betydelse att beskriva närmare, eftersom vi anser att de förstås på olika sätt. Studien är skriven på engelska och därför har vi stött på vissa svårigheter vid översättningen. Betydelsen av de engelska orden "empower" och "empowerment", adjektivet "good" samt den engelska termen "interpersonal competence" kommer att beskrivas närmare i följande stycken, för att ge läsaren den förståelse vi har av begreppen.

Empowerment

Nedan beskrivs begreppen "empower" och "empowerment". För att få en bättre förståelse för orden skrivs definitionerna på engelska, men för att få en helhetsbild beskrivs de även på svenska.

"Empower" definieras på engelska på följande sätt: *"to give power or authority to; authorize, especially by legal or official means"* eller *"to enable or permit"*. Till svenska har vi valt att översätta "empower" på följande sätt: "att ge styrka/makt eller auktoritet/befogenhet; auktorisera, i synnerhet vid juridiska och officiella medel" eller "att möjliggöra eller tillåta" (Dictionary.com, 2015a).

"Empowerment" definieras enligt följande: *"the giving or delegation of power or authority; authorization", "the giving of an ability; enablement or permission"* eller *"(in South Africa) a policy of providing special opportunities in employment, training, etc. for Black people and others disadvantaged under apartheid"*. Vi har valt att översätta definitionen av "empowerment" till svenska på följande sätt: "givandet eller överlåtandet av kraft/styrka eller auktoritet/befogenhet; befogenhet" eller "givandet av en förmåga; aktivering eller tillåtelse". Det har även en speciell betydelse i Sydafrika vilket är "en policy för att ge

särskilda möjligheter inom arbete, kompetensutveckling och dylikt för mörkhyade och andra missgynnade under apartheid⁹ (Dictionary.com, 2015a).

”Empower” och ”empowerment” kan förklaras som att en barnmorska ger styrka och kompetens åt en kvinna och ger henne förmågan att klara av någonting. Barnmorskan möjliggör kvinnans kraft och befogenhet att gå igenom graviditeten och klara av förlossningen.

Även Halldorsdottir och Karlsdottir (2011, s. 811) har skrivit att de är medvetna om att ordet ”empowerment” kan tolkas på olika sätt. De beskriver termen på följande sätt: *”Our understanding of empowerment is that the midwife strengthens a woman’s confidence facilitating recognition of her own strengths and capacities”*. Deras förståelse av termen är således att barnmorskan förstärker en kvinnas självförtroende genom att underlätta igenkännandet av hennes egna styrkor och förmågor. I vår studie kommer vi att använda oss av ordet ”stärka” och dess kasus, istället för termen ”empower”. I och med denna utredning strävar vi efter att läsaren förstår meningen av det som vi framöver kommer att nämna med ordet ”stärka”.

Good midwife

I Halldorsdottirs och Karlsdottirs teori (2011) försöker man hitta ett svar på vad som gör en ”good midwife”. Vi har valt att förklara ordet ”good” eftersom det finns ett flertal definitioner på ordet. Definitionerna beskrivs först på engelska och sedan på svenska för att få den bredaste förståelsen för ordet.

På engelska definieras ordet ”good” enligt följande: *”morally excellent; virtuous; righteous; pious”, “satisfactory in quality, quantity, or degree”, “of high quality; excellent”, “right; proper; fit”, “well-behaved”, “kind, beneficent, or friendly”* eller *”honorable or worthy; in good standing”*. Detta har vi valt att översätta till svenska på följande sätt: *”moraliskt utmärkt; dygdig; rättfärdig; andäktig”, “tillfredsställande i kvalitet, kvantitet eller ställning”, “av hög kvalitet; utmärkt”, “rätt; ordentlig, lämplig”, “skötsam”, “snäll, välgörande, eller vänlig”* eller *”ärofull eller värdig; i god status”* (Dictionary.com, 2015b).

Vi antar på basis av det ovanstående att en ”good midwife” är en barnmorska som är lämplig för sitt arbete genom att vara uppmärksam och lyssnande, moralisk, duktig, vänlig och välvillig samt ger god vård. I vår studie kommer det som Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) uttrycker som ”good midwife” att översättas till frasen ”god barnmorska”, med förhoppningar om att den egentliga betydelsen framkommer i och med denna utredning.

⁹ Apartheid var det samhällssystem och regelverk som fram till 1990-talets början härskade i Sydafrika (Nationalencyklopedin (NE), 2015).

Interpersonal competence

I följande stycken kommer frasen "interpersonal competence" att klarläggas. Frasen klarläggs för att få en förståelse för vad som menas med den i Halldorsdottirs och Karlsdottirs teori (2011). Definieringen beskrivs direkt översatt av oss från engelska till svenska eftersom vi anser att inga tolkningsvårigheter i förklaringen uppkommer. "Interpersonal competence" eller "interpersonal skills" definieras på följande sätt: "förmågan att kommunicera eller interagera väl med andra människor" (Oxford Dictionaries, 2015).

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) har i sin studie beskrivit termen "competence" som ett samlingsnamn täckande kunskap, färdighet, inställning, samt erfarenheten som krävs för att uppfylla en viss roll. Vi kommer i vår studie att använda oss av frasen "social kompetens". Vi eftersträvar med denna förklaring att läsaren har en djupare förståelse när frasen "social kompetens" framkommer i efterföljande text.

En teori om professionalism i mödravård

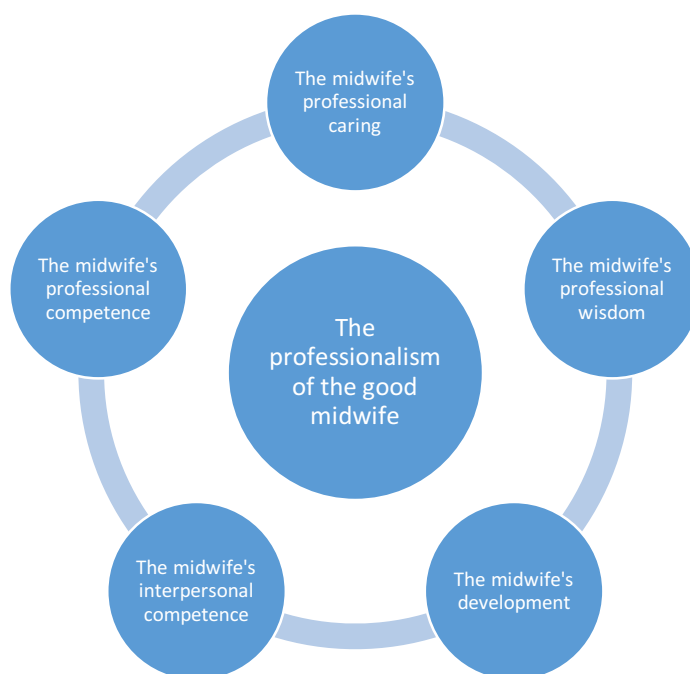
I Halldorsdottirs och Karlsdottir (2011) teoretiska studie "The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery", klarläggs en framväxande teori angående stärkandet av gravida kvinnor där man har fokuserat på barnmorskans yrkesfärdighet. Teorin är avsedd för att precisera alla de stärkande faktorer som behöver finnas hos en god barnmorska. Genom teorin försöker man svara på den ständigt viktiga frågan om vad som gör en barnmorska till en god barnmorska (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011, s. 806, 816).

Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) står barnmorskan inför den komplexa utmaningen att förena flera olika faktorer i sitt arbete. De anser att barnmorskans yrkesfärdighet innefattar barnmorskans yrkesmässiga vishet likväl som teoretisk kunskap, färdigheter och tekniker, vilka krävs av en barnmorska för att kunna ta hand om en gravid kvinna. Barnmorskan ska utveckla sig själv personligt och yrkesmässigt, lyckas med att få kvinnan att känna sig omhändertagen, samtala med kvinnan på ett stärkande sätt och ha en positiv relation med henne. Enligt dessa aspekter har Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) kommit fram till fem huvudsakliga faktorer (se figur 1) som utgör grunden för en god barnmorska, vilka beskrivs kort nedan:

1. **Den goda barnmorskans professionella vårdande.** (Eng. The good midwife's professional caring). Barnmorskan bryr sig om kvinnan och hennes familj inom sitt professionella område. Detta individualiserade vårdande är kärnan för barnmorskans arbete.
2. **Den goda barnmorskans professionella visdom.** (Eng. The good midwife's professional wisdom). Barnmorskan har visdom och vet hur hon tillämpar den inom sitt professionella område. Professionell visdom utvecklas genom en samverkan av kunskap och erfarenhet.

3. **Den goda barnmorskans professionella kompetens.** (Eng. The good midwife's professional competence). Barnmorskan är kompetent inom sitt professionella område. Denna kompetens prioriteras i barnmorskans arbete för att trygga moderns och barnets säkerhet.
4. **Den goda barnmorskans sociala kompetens.** (Eng. The good midwife's interpersonal competence). Barnmorskan är kapabel att föra stärkande samtal samt har en positiv relation med kvinnan och hennes familj. För många kvinnor är denna relation skillnaden mellan upplevd vård och icke-vård.
5. **Den goda barnmorskans personliga och professionella utveckling.** (Eng. The good midwife's personal and professional development). Barnmorskan känner och vårdar sig själv, både personligt och professionellt. Denna personliga och professionella utveckling förhindrar att barnmorskan blir utbränd.

Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir är alla dessa delar viktiga för att kunna vara en god barnmorska. Om någon av dessa delar saknas så är vården bristfällig. De anser att en barnmorska är som en personlig guide som vägleder kvinnan och hennes familj genom processen att skaffa barn, anpassat enligt deras behov. Barnmorskan ska även beakta den kulturella bakgrunden hos kvinnan och hennes familj i sitt arbete. Barnmorskans samtal ska stärka kvinnan hon har hand om, genom att t.ex. ge information och ändamålsenlig kunskap. (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011, s. 806, 810–815).



Figur 1: Översikt över en god barnmorskas yrkesfärdighet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011, s. 814).

Bakgrund

I kapitlet beskriver vi först kort mödrarådgivningsverksamhetens uppbyggnad, vilka uppgifter som ingår i mödrarådgivningsarbetet samt vilka tjänster som ges inom mödrarådgivningen idag. Därefter beskrivs barnmorskans utbildning i Finland, den finländska lagstiftningens påverkan på mödrarådgivningens verksamhet, mödrarådgivningens startskede i Finland, barnmorskans arbetsuppgifter inom mödravården, attityder till mödrarådgivningsverksamheten samt moderskapsunderstödet, utgående från böcker, avhandlingar och tidigare studier i form av artiklar.

Mödrarådgivningens verksamhet idag

Kommunerna ansvarar för att ordna primärhälsovården för kommunens invånare, hit hör även mödra- och barnrådgivningen. Rådgivningsarbetet ska vara förebyggande och hälsofrämjande. Rådgivningstjänsterna är frivilliga, avgiftsfria och till för alla. Arbetsformer som tillämpas inom mödrarådgivningen är hälsorådgivning, hälsokontroller, screeningar, hembesök samt olika gruppverksamheter såsom familjeförberedelsegrupper. Inom mödrarådgivningsarbetet har man ett multiprofessionellt samarbete med olika professioner och inrättningar såsom läkare, mödrapolikliniken, barnsängsavdelningen, förlossningssalen, socialvården och så vidare (Ihme & Rainto, 2014, s. 249).

Mödrarådgivningens uppgift är att främja den gravida kvinnans, fostrets och den nyföddes samt hela familjens hälsa och välmående. Mödrarådgivningens målsättning är att förebygga komplikationer under graviditeten, upptäcka eventuella risker och avvikelser i ett tidigt skede under graviditeten och vid behov inleda en behandling. Mödrarådgivningen erbjuder även gravida kvinnor möjligheten till fosterdiagnostik, där man kan ta reda på eventuella avvikelser hos fostret. I nuvarande läge är rekommendationerna minst nio mödrarådgivningsbesök för förstföderskor och minst åtta mödrarådgivningsbesök för omföderskor under graviditeten. Bland dessa besök ingår två läkarundersökningar och en omfattande hälsoundersökning för alla familjer. Barnmorskan/hälsovårdaren erbjuder två hembesök till förstföderskan, varav det ena görs under graviditeten (i graviditetsvecka 30–32) och det andra efter förlossningen (1–7 dygn efter hemkomsten). Till omföderskor erbjuds ett hembesök efter förlossningen. Extra besök kan planeras in åt mödrar som har större behov av råd och stöd under sin graviditet eller efter förlossningen. Utöver detta sker efterundersökningen 5–12 veckor efter förlossningen och utförs av en läkare eller en barnmorska/hälsovårdare med lämplig utbildning (Ihme & Rainto, 2014, s. 249; Nationella expertgruppen för mödravården, 2015, s.12–13, 102–103).

Nästan alla väntande mödrar i dagens läge (99,7%, enligt statistik år 2014) uppsöker mödrarådgivningen innan utgången av fjärde graviditetsmånaden, vilket också är ett villkor för att få moderskapsunderstödet (se kap. 4.7) beviljat. Hela familjen är välkommen till mödrarådgivningen för att man skall kunna förbereda både den blivande modern och

hennes partner inför föräldraskapet. Det är kommunens ansvar att ordna minst en omfattande hälsoundersökning för en familj som väntar barn. I den omfattande hälsoundersökningen undersöks förutom moderns och fostrets hälsotillstånd även familjens välbefinnande genom en intervju och vid behov med andra metoder (Statsrådets förordning, 2011/338, §7, §9; Ihme & Rainto, 2014, s. 249; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2014).

Mödrarådgivningen ska alltså trygga ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande hos hela familjen under graviditeten. Mödrarådgivningens personal ska hjälpa och stöda föräldrarna att känna igen och acceptera normala symptom, känslor och förändringar under graviditeten. Detta sker genom att mödrarådgivningspersonalen ger föräldrarna information om graviditetstiden och förlossningen samt de risker som ansluter sig till dem. De berättar även om vården av barnet och om förändringar i den mentala hälsan som kan vara förknippat med graviditeten och förlossningen. Om man på mödrarådgivningen upptäcker komplikationer eller problem under graviditeten, remitterar man patienten vidare till den specialiserade sjukvården. Det är speciellt viktigt att man för mödrar med någon kronisk sjukdom planerar och sätter in extra besök. Hos dessa mödrar görs skild uppföljning och ytterligare undersökningar efter behov under graviditeten för att kunna upprätthålla ett gott tillstånd hos modern och fostret (Ihme & Rainto, 2014, s. 250; Statsrådets förordning, 2011/338, §15).

Mödrarådgivningen skall bidra till en tidig växelverkan mellan barnet och föräldrarna samt stödja modern till att amma sitt barn. God postpartumvård och omvårdnad av den nyfödda är viktigt samt att ge stöd till familjen vid sjukdomsfall eller skada hos fostret eller den nyfödda. Utöver detta informerar man föräldrarna om barnomsorg samt försöker främja en sund livsstil hos familjen (Statsrådets förordning, 2011/338, §15; STM, 2007, s.47).

Barnmorskeutbildningens historia i Finland från året 1926

Barnmorskan i Finland har en händelserik historia bakom sig. Innan den officiella barnmorskeutbildningen startade, agerade utbildade, traditionella barnmorskor, eller en så kallad "paarmuska", som experter vid förlossningar. Vi har valt att endast kort beskriva historien om utbildningen till barnmorska från och med året 1926, för att göra innehållet i bakgrunden relevant till vår studie. Om läsaren vill få ytterligare information angående utbildningen till barnmorska som går längre tillbaks i tiden, kan man läsa mer om detta i bilaga 1 som hittas i slutet av dokumentet.

År 1926 utfärdades ett lagstadgande om barnmorskeutbildningen. Enligt stadgan höjdes inträdeskraven för barnmorskeutbildningen och i läroplanen lade man till en kurs inom förlossningsvård och en praktikperiod vid en förlossningsklinik. Barnmorskeeleverna undervisades bland annat i allmän förlossningskonst, vården av nyfödda, mekaniska färdigheter inom förlossning, de särskilda kännetecknen vid sexuellt överförbara

sjukdomar, samt de förebyggande åtgärderna för att förhindra infektion (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 27; Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999, s. 117; Hoppa, 2010, s. 22).

Barnmorskeutbildningen kom att reformeras igen år 1934, då Barnmorskeinstitutet blev en självständig enhet och Kvinnokliniken öppnades i Helsingfors. Efter reformen tillades ämnena mödrarådgivning, befolkningspolitik och socialvård i läroplanen. Trots att riktlinjer för omfattande mödravård tillsattes i utbildningen redan på 1930-talet, upprättades ett organiserat system av mödrarådgivningarna först när lagen 1944 stadgades och ansvaret för mödra- och barnrådgivningarna tilldelades kommunala barnmorskor och hälsosystrar. Under 1940-talet utökades barnmorskeutbildningen ytterligare med ämnen som gynekologi, mental hälsa och moderskapsförberedelse. Barnmorskestuderanden fick nu även utföra praktik på både mödra- och barnrådgivningarna samt på barnhem (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 28, 30–31; Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999, s. 117; Hoppa, 2010, s. 23,51).

Den plötsliga och kraftiga ökningen av födelsetalet under och efter andra världskriget, ledde till att det fanns för lite vårdplatser på sjukhusen runt om i Finland. Man fick svårigheter att sköta alla födande kvinnor på sjukhusen och förlossningsläkarna blev tvungna att diskutera och avgöra vem som fick komma till sjukhuset för att föda. I och med detta skedde ännu en stor del av förlossningarna i hemmen. Men redan på 1950-talet började man med ett av de största efterkrigstida moderniseringsprojekten i Finland, uppbyggandet av sjukhusväsendet med ett omfattande nätverk av centralsjukhus. Denna modernisering innebar alltså ett ökat antal födselar på centralsjukhusen och ett minskat antal kommunala och privata hemförlossningar (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 32–33; Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999, s. 117; Ainola, 2013, s. 44–45).

Eftersom barnmorskorna inte längre behövdes för att förlösa barn i kvinnornas hem, avskaffades den tvååriga långa barnmorskeutbildningen år 1968 och endast kvalificerade sjuksköterskor fick därefter utbilda sig till barnmorskor. Utbildningen av hälsosystrar ändrades i och med detta, så att grundkursen i sjukvård inom öppenvården togs bort och istället lades en kort introduktionskurs i mödravård till i den nya läroplanen. På grund av detta fick utbildade kommunala hälsovårdare sköta om både barn- och mödrarådgivningarna inom öppenvården. Först år 1985 reformerades barnmorskeutbildningen på nytt och man tillät de nyutbildade barnmorskorna därefter att ha hand om mödrarådgivningarna igen (Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999, s. 116–117).

Lagstiftning om mödrarådgivningsverksamheten fram till år 1999

Under 1930-talet bestod mödrarådgivningen av att barnmorskan gav råd gällande vården av modern, barnet och hemmet. Moderskapsvården började ingå som ett ämne i barnmorskeutbildningen efter reformationen år 1934. Enligt lagen om det omfattande mödravårdsarbetet år 1937 blev kommunerna skyldiga att anställa en kommunalbarnmorska som hade i uppgift att sköta om moderskapsrådgivning i kommunen. Lagen år 1937 innebar för barnmorskornas del preciserade uppgifter inom

moderskapsrådgivningen, som de skulle ha hand om under en läkares uppsikt, där bl.a. vägledning i spädbarnsvård, moderskapsunderstöd och vaccinering ingick. I det här skedet användes barnmorskornas egna hem som mottagningsplatser. Samma år tillsattes en befolkningskommitté som hade i uppgift att granska mödra- och barnavården i landet. Trots statsstödet och bidrag från de frivilliga organisationerna, märkte man att ökningen av rådgivningsbyråernas antal var långsam. Därmed föreslog man en ökad satsning på verksamheten och utbyggnaden av byråer med kommunala- och statliga pengar. (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 31–32; Hoppa, 2010, s. 51–52; Ainola, 2013, s. 42).

År 1944 tillkom lagen om kommunala rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård och lagen om kommunala barnmorskor och kommunala hälsosystrar. Med lagarna organiserade man landets mödravård, genom att varje stads-, köpings- och landskommun skulle ansvara för att en kommunal rådgivningsbyrå och att mödra- och barnavård fanns i den egna kommunen. I och med lagen 1944 fortsatte den kommunala barnmorskans arbete likadant med att sköta om den gravida kvinnan och hemförlossningarna, samt att handha den nyfödda två veckor efter förlossningen och mamman i två månader efter förlossningen. Kommunen blev även skyldig att anställa en kommunalhälsosyster för varje gång invånarantalet i kommunen översteg 4000 personer, eftersom hälsosystrarna tog över vården av den nyfödda och den nyblivna mamman en tid efter förlossningen. Mellan år 1930 och 1943 födde den största delen av finländska kvinnor ännu hemma med hjälp av en utbildad barnmorska, denna tid kan betraktas som en övergångsfas från hemförlossningar till sjukhusförlossningar (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 31–32; Hoppa, 2010, s. 51–52; Ainola, 2013, s. 42).

År 1944 betonades de kommunala barnmorskornas arbetsuppgifter inom mödravården och barnmorskorna kunde då enligt lagen erbjuda gratis vård till alla gravida kvinnor vid hemförlossningar, rådgivningsmottagningar och annan vårdservice. Lagen höjde även barnmorskornas löner så att de tjänade lika bra som sjukskötarna. Rådgivningsverksamheten befann sig i en övergångsperiod fram till år 1949, då alla kommuner självständigt kom att ansvara för att barn- och mödrarådgivningsverksamhet fanns tillgänglig på orten. I norra Finland medförde lagen 1944 en minskning i användningen av en traditionell, utbildad barnmorska, dvs. en s.k. "paarmuska", vid assisterade förlossningar, trots detta födde ändå 15 av 100 kvinnor barn med hjälp av en "paarmuska". Men tio år senare, år 1954, visade det sig att endast 1 av 1000 kvinnor förlöstes med hjälp av en "paarmuska" i norra Finland. Procentuellt hjälpte en "paarmuska" till på endast 0,2 % av förlossningarna i Finland år 1958 (Hoppa, 2010, s. 22–23; Ainola, 2013, s. 42).

Sjukhus- och universitetscentralsjukhuslagen trädde i kraft år 1956, varmed specialläkarledda förlossnings- och gynekologiska avdelningar inrättades. Sjukhusverksamheten lagstodgades år 1965 i lagen om kommunala allmänna sjukhus. I och med detta började man gå över till fler sjukhusförlossningar och hemförlossningarnas antal minskade kraftigt. Detta innebar en ny riktning åt mödravården och en förändring i barnmorskans arbetsprofil, därför genomförde man en landsomfattande utredning av

kommunalbarnmorskans arbete år 1957, vilken visade att barnmorskornas arbete i kommunen hade utvecklats från förlossningshjälp i hemmen till ett mångsidigt förebyggande mödravårdsarbete med social inriktning (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 32–33).

Arbetet påverkades synnerligen av distansen till förlossningsanstalt eller kommunalsjukhus. I vissa distrikt där man inte hade någon förlossningsavdelning på kommunalsjukhuset fick kommunalbarnmorskorna ibland sköta om både förlossningar på sjukhus men också hemförlossningar. Ibland hände det också att barnmorskan hamnade att utföra arbetsuppgifter som hörde till läkarna ifall avståndet till läkaren var för långt, vilka kunde vara t.ex. sjukbesök, vändning av foster, manuell placentalösning, suturering av olycksfallssår och intravenösa injektioner. Men arbetet bestod i övrigt av mottagning och hembesök där man betonade den förebyggande verksamheten med den nya arbetsformen hälsofostran. Hela familjens hälsotillstånd, levnads- och sociala förhållanden, den psykiska hälsan samt det själsliga välbefinnandet lyftes fram inom rådgivningsverksamheten (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 32–33).

I samband med att förlossningarna flyttades över till sjukhus kunde barnmorskans arbetsbeskrivning indelas i två delar; kommunalbarnmorskor som tog hand om mödrarådgivningarna och sjukhusbarnmorskor som tog hand om förlossningar och nyfödda barn på sjukhuset. I och med detta hade hemförlossningarnas antal minskat så pass mycket att kommunalbarnmorskornas arbetsuppgift utgjordes nästan av enbart vård och undersökning av gravida under graviditeten. Landsbygdskommunerna ansåg härmed att barnmorskornas arbete borde kombineras med annan förebyggande hälsovård för att öka resurseffektiviteten, därför uppstod debatten om sjuksköterskor skulle överta mödravården på 1960-talet. Detta ledde slutligen till att folkhälsolagen kom år 1972 med beslutet att ansluta mödrarådgivningen till resten av primärhälsovården samtidigt som en hälsovårdare nu kunde ansvara för mödrarådgivningen. Därefter kom barnmorskornas arbetsplats i huvudsak att vara på sjukhusen, eftersom lagen medförde att kommunerna inte längre hade skyldighet att erbjuda en kommunalbarnmorska vid hemförlossningar. (Ainola, 2013, s. 43,45–46).

Efter år 1960 handlade diskussionerna i Finland inte längre om hem- och sjukhusförlossningar, utan om fördelar och skillnader mellan större och mindre förlossningsavdelningar. Mödravårdens utveckling kunde delas in i två viktiga element: lika tillgång till alla invånare i alla regioner eller koncentration till större enheter, vilket skulle skapa säkerhet och besparingar (Ainola, 2013, s. 45–46).

Under 1960- och 1970-talet utvecklades vårdreformen ytterligare och man såg nu en tydligare uppdelning av hälso- och sjukvårdsväsendet. En utveckling av folkhälsoarbetet inom den öppna vården och en växande specialisering av sjukvården inom den slutna vården. Inom mödrarådgivningsverksamheten utvecklade man vården till att bli mer förebyggande, med rådgivningsmottagning, hembesök och mödraförberedelse. Förlossningarna skedde nu i huvudsak på centralsjukhusen, och riskgraviditeter samt komplikationer sköttes i den nya enheten för centralrådgivningsbyråer eller på

mödrapolikliniker. I och med reformen år 1972 uppdelades folkhälsoarbetet i två riktningar, dvs. hälsovård och sjukvård. Då blev mödrahälsovården en del av den allmänna hälsorådgivningen medan förlossningsvården och gynekologisk sjukvård tillföll det obstetriska och gynekologiska specialområdet (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 33–34).

Fram tills år 1975 hade man 12 små förlossningsenheter ledda av allmänläkare. Dessa förlossningsenheter föll bort vartefter och den sista enheten stängdes år 1999. Meningen med detta var att man istället ville grunda större förlossningsenheter där man kunde sköta vården av alla skeden på ett och samma ställe och hade möjlighet till effektivare teknologi, anestesi, operation, intensivvård och smärtmedicin (Ainola, 2013, s. 45–46).

Under 1980-talet utvecklades mödrarådgivningens uppgifter till att bli mer omfattande med förebyggandet av sjukdomar och hälsofrämjande arbete. I Medicinalstyrelsens¹⁰ instruktions-bok rekommenderades det år 1988 att antalet besök till rådgivningen under graviditeten skall vara 12, varav 3–4 enbart var läkarbesök. Instruktionerna gjorde ingen skillnad på förstföderskor och omföderskor. Stakes¹¹ expertgrupp för familjeplanering och mödravård gjorde nya rekommendationer år 1995 där man föreslog att besöksantalet skulle vara 14. I de uppdaterade rekommendationerna som gjordes 1999 minskades antalet rådgivningsbesök för förstföderskor till 12 med tre besök till läkaren under graviditetens gång. För omföderskor rekommenderades ett mindre antal besök, dvs. 9 besök på mödrarådgivningen med tre läkarbesök (STM, 2007, s. 47, 49).

Fram till 1990-talet var hälsovårdstjänsterna hårt kontrollerad av statens stöd. Statsbidraget täckte 39–65% av hälsovårdstjänsternas kostnader. Dessa finansiella standarder garanterade en enhetlig utveckling av sjukhusystemet i hela landet. År 1993 ändrades statens stöd till ett fast belopp till kommunen för att uppmuntra sparåtgärder, sjukhusen fick därefter inte direkt stöd från staten mer. På 1990-talet planerade man att stänga mindre förlossningsavdelningar på grund av inbesparingsbehov. På 1980- och 1990-talet hände de flesta förändringar inom enheterna, förlossningsorterna ändrades inte. Barnmorskorna ville utveckla vården och började tillämpa nya metoder i samband med förlossningar på sjukhusen, såsom vatten-förlossningar, zonterapi och akupunktur. De utvecklade även en mer patientinriktad syn på förlossningarna samt ordnade möjlighet till familjerum för patienterna (Ainola, 2013, s. 45–47).

¹⁰ Se fotnot nr. 2 i kap. 4.2.

¹¹ Stakes är en förkortning av Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, vilket på svenska är Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården. Stakes slogs år 2008 ihop med Folkhälsoinstitutet (Kansanterveyslaitos, KTL), då omsorgsminister Paula Risikko föreslog att detta skulle bli en ny forskningscentral för hälsa och välfärd. År 2009 inledde därmed det sammanslagna Stakes och KTL sin verksamhet, som än idag är verksam, under namnet Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) eller på svenska, Institutet för hälsa och välfärd (Institutet för hälsa och välfärd, 2011).

Mödrarådgivningens startskede i Finland

Rådgivningsverksamhetens startskede tog fart redan i början av 1900-talet i och med att föreningen Maitopisarayhdistys¹² började dela ut mjölk till de barn, vars föräldrar var arbetstagare, i Helsingfors. På Maitopisarayhdistys stationer gjorde man en hälsokontroll på barnen samt gav råd och information till mödrarna angående kost, barnomsorg och hygien (Hoppa, 2010, s. 50; Ainola, 2013, s. 51; Korppi-Tommola, (u.å.)b; Tauriainen, (u.å.)).

På 1920-talet organiserades rådgivningsverksamheten i Finland med hjälp av bidrag från olika organisationer såsom Mannerheims Barnskyddsförbund¹³, Suomen Huolto¹⁴, Samfundet Folkhälsan¹⁵ och Maitopisarayhdistys. Mannerheims Barnskyddsförbund startade barn-rådgivningens verksamhet 1922 och år 1926 började förbundet ordna mödrarådgivnings-verksamhet i Helsingfors och Viborg i samarbete med de gynekologiska avdelningarna på universitetsklinikerna. Barnmorskeinstitutet kom att bli en självständig enhet år 1934 vid sidan av den nygrundade Kvinnokliniken och för att få eleverna att bli bekanta med moderskapsvården öppnade man en mödrarådgivning i anslutning till Kvinnokliniken. Mannerheims Barnskyddsförbund föreslog att man skulle göra upp en instruktion för barnmorskor, vilken sedan kom att godkännas av Medicinalstyrelsen år 1935. I enlighet med instruktionen började mödrarådgivning höra till moderskapsrådgivarens uppgift, utöver det vanliga barnmorskearbetet. Ett tiotal rådgivningar fanns till förfogande runt om i landet år 1935. Man försökte även få igång mödravårdsarbetet på landsbygden med hjälp av statligt stöd, men med villkoret att kommunerna själva måste stå för en del av utgifterna. Flera kommuner motsatte sig att betala för verksamheten och därmed förlorade de möjligheten att få statsstödet. Detta gjorde att verksamheten låg nere i dessa kommuner. Ända in på 1940-talet var välgörenhet och bidrag från de olika organisationerna av betydelse för att upprätthålla verksamheten (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 30–31; Hoppa, 2010, s. 50; Ainola, 2013, s. 51; Korppi-Tommola, (u.å.)a).

¹² Maitopisarayhdistys, eller Föreningen Mjölkdroppen, grundades år 1904 av Greta Klärich och samma år öppnades den första Maitopisara-rådgivningsstationen i Finland. Ursprungligen kom idén från Frankrike med förhoppning om att minska spädbarnsdödligheten (Goutte de lait). Stationerna delade ut mjölk till de som behövde och gav råd till barnfamiljer (Korppi-Tommola, (u.å.)b; Tauriainen, (u.å.)).

¹³ Mannerheims Barnskyddsförbund (Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL)) var år 2015 Finlands största barnskydds-organisation. Förbundet grundades år 1920 av Sophie Mannerheim, Carl Gustav Mannerheim, Erik Mandel och Arvo Ylppö. Utgångspunkten vid startskedet var att alla barn måste behandlas väl och att alla barn har rätt till expertvård (MLL, (u.å.)a; MLL, (u.å.)b).

¹⁴ Suomen Huolto, eller Finlands Folkhjälp, bildades år 1941 med uppgiften att samordna den frivilliga verksamheten inom vården i det krigstida Finland. Föreningen arrangerade insamlingar och förmedlade hjälpen från utlandet till Finland samt utförde sjuk- och hälsovårdsarbete (Svenska folkskolans vänner (SFV), (u.å.)a; Perälä, 2012).

¹⁵ Samfundet Folkhälsan är en social- och hälsovårdsorganisation som grundades 1921 av Ossian Schauman med syftet att få en bättre folkhälsa. Organisationen strävar efter hälsa och livskvalitet i samhället. Folkhälsan jobbar med hälsofrämjande aktiviteter, social- och hälsovårdsservice samt forskning (Folkhälsan, 2015a; Folkhälsan, 2015b)

Efter första världskriget började man diskutera en ny befolkningspolitik, där det centrala var att befrämja befolkningstillväxten. Eftersom problemet med den sviktande befolknings-tillväxten blev ett stort hot i Finland tillsatte man år 1937 en befolkningskommitté för att lösa problemet. Befolkningskommittén betonade vikten av mödrars och barns hälsa och att det var avgörande för att befolkningen skulle öka. Eftersom mödrars och barns hälsa var viktigt för hela samhället påverkade detta lagstiftningen av rådgivningarna, därför att rådgivningen ansågs vara lösningen på den stigande perinatale dödligheten¹⁶ (fi. syntymäkuolleisuus). År 1938 kom barnmorskelagen (fi. kättilöläki) som bestämde att barnmorskorna skulle sköta om den förebyggande mödravården. I slutet av 1930-talet blev således mödravårdsarbetet en del av de kommunala barnmorskornas arbetsuppgifter (Hoppa, 2010, s. 50; Ainola, 2013, s. 42, 49; Harjula, 2007, s. 55–56; Korppi-Tommola, (u.å.)a).

I början av 1940-talet ökade antalet besökare på rådgivningarna stadigt och därmed utvidgades rådgivningsverksamheten markant, med både huvudbyråer i tätorterna och därtill sidobyråer ute i glesbygden. Detta berodde delvis på efterkrigstidens ökning av nativiteten och delvis på utslag av livsmedelsransoneringen, då gravida fick extra ranson mot uppvisande av intyg från barnmorska eller läkare. År 1941 fanns det endast 36 mödrarrådgivningar i Finland som var ledda av läkare, medan det år 1945 fanns över 300. När lagen om kommunal mödra- och barnvård kom år 1944, där man beslöt att det bör finnas barnmorskor och hälsosystrar samt mödra- och barnrådgivning i varje kommun, fanns det redan ett hundratal rådgivningar runtom i Finland. De flesta av dessa överfördes till kommunerna. Fram till år 1955 bekostade kommuner och organisationer 527 hälsostationer. Dessa hälsostationer fungerade som det lokala folkhälsoarbetets centrum åtminstone fram till 1970-talet (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 32; Hoppa, 2010, s. 22; Ainola, 2013, s. 42, 51).

Tack vare lagen 1944 förbättrades rådgivningsverksamheten avsevärt. På grund av etableringen av barn- och mödrarrådgivningarna behövde barnmorskorna inte längre ta emot mödrar och barn i sina egna hem, utan de togs emot på rådgivningsbyråerna. Rådgivnings-besöken var gratis för alla samhällsklasser, vilket gjorde att mödrarna inte längre behövde begränsa sina besök om de inte hade råd. Barnmorskorna hade även tillgång till en läkare i sitt arbete. Man försökte skapa liknande tjänster på alla orter, så att rådgivningen kunde erbjuda mödrarna samma rådgivning oberoende av var de bodde. I och med lagen samt de förbättrade omständigheterna inom rådgivningen ökade antalet mödrar som besökte rådgivningen. År 1939 använde endast 11 % av de gravida rådgivningstjänster, medan 95 % gjorde det år 1950. En bidragande orsak till detta var även moderskapsunderstödet, som mödrarna fick mot det villkoret att de skulle besöka mödrarrådgivningen minst en gång under graviditeten innan utgången av den fjärde graviditetsmånaden (Hoppa, 2010, s. 51, 56–57; Ainola, 2013, s. 42, 51).

¹⁶ Perinatal dödlighet är antalet dödfödda och antalet nyfödda som dött under den första levnadsveckan per 1000 födda (Statistikcentralen, (u.å.)).

Trots lagen 1944 och övergångsperioden till 1949 hade man i början av 1950-talet ännu inte kunnat organisera mödravården i alla kommuner. Problemet berodde bland annat på bristen av utbildade barnmorskor, och att de nytexaminerade barnmorskorna sökte arbete på de moderna centralsjukhusen istället för i kommunerna. Detta ledde i sin tur till en stor arbetsbelastning för de barnmorskor och läkare som arbetade i kommunerna. Oftast tog hemförlossningarna upp största delen av arbetstiden för barnmorskorna och många av dem var också bundna till arbete på sjukhuset. För läkarnas del fanns det ingen tid över till att undersöka mödrarna och under det tidiga skedet av mödrarådgivningsverksamheten låg så gott som allt ansvar för mödravården hos barnmorskorna (Hoppa, 2010, s. 53; Ainola, 2013, s.42–43).

Arbetsuppgifterna inom mödrarådgivningen fram till 1950-talet

Barnmorskans arbete inom mödravården var omfattande och mödrarådgivningen var avsedd för att redan från graviditetens början säkerställa hälsan för mor och barn. Rådgivningarnas främsta mål var att ge hälsorådgivning, upplysning och vägledning. Den mödravård som barnmorskan ansvarade för innefattade kontroll av graviditetsstatus, olika undersökningar och provtagningar, ifyllning av rådgivningsböcker och -kort, vägledning av moderns egenvård gällande t.ex. näring, hygien och motion samt utdelning av skriftliga instruktioner och föreskrifter. Mamman informerades om hur hennes hälsa påverkar fostret, om förebyggande åtgärder för att undvika missfall eller förtidig födsel och om möjliga faror som kunde hota fostrets utveckling. Man upplyste mödrarna om förberedelser inför hemförlossning eller anstaltsförlossning samt gav råd om hur man skulle klara av eventuella sociala problem. Man lyssnade på mamman, på hennes önskemål och de frågor hon hade att ställa (Hoppa, 2010, s. 53; Ainola, 2013, s. 51).

Riikonen (enligt Schoultz-Ekblad, 1997, s. 17–18) studerade hur kommunalbarnmorskorna skötte hemförlossningarna i Östra Finland från 1940-talet till 1960-talet. Uppföljningen på mödrarådgivningen, vid hemförlossningen och under barnsängstiden beskrevs och barnmorskans arbetsuppgifter och arbetsförhållanden belystes med historiska dokument och intervjuer. Många familjer var utsatta av den fattigdom som rådde och flera bodde trångt och hade brist på materiella ting. Detta kom att bli barnmorskans största problem under den fattiga och eländiga tiden, eftersom det försvårade arbetet vid hemförlossningarna. Det förekom även en rädsla för blödningar. Skillnader mellan stads- och kommunalbarnmorskans arbete fanns. För stadsbarnmorskan var avstånden kortare till hemmen vilket gjorde att hon hann med fler hembesök både innan och efter förlossningarna än vad den kommunala barnmorskan hade möjlighet till. Detta berodde också på att det fanns dåligt med färdmedel och sämre förbindelser ute på landsbygden än i staden. Ett gott förhållande mellan barnmorskan och föderskan betonades och man följde de allmänna direktiven för rutinuppgifterna. Kommunalläkaren fungerade som ett viktigt stöd för barnmorskan, men läkaren fanns inte alltid till förfogande. I nödsituationer hamnade därför barnmorskan ofta att handla ensam, för att försöka rädda mamman och barnet. Barnmorskan hade på det sättet ett stort ansvar, som ibland också sträckte sig in på läkarens område, men barnmorskan kunde sin sak och kallade inte i onödan på läkare.

Barnmorskans arbetsinsats inom mödravården har haft en stor betydelse för utvecklingen av mödravården i Finland och minskningen av mödra- och spädbarnsdödligheten.

Wrede (enligt Schoultz-Ekblad, 1997, s. 20–21) har studerat utvecklingen som skett inom mödravården i Finland mellan åren 1900-1950. I studien har mödravårdens institutionalisering tagits fram, då läkarkåren tog över kontrollen av mödravården. Utvecklingen av mödravården ledde till att barnafödandet började medikaliseras. Wrede menar att man betraktade kvinnan som en aktör, ett aktivt subjekt i barnafödandet, i början av 1900-talet. Barnmorskorna ansvarade självständigt för mödravården. Men på 1930-talet ansåg läkarkåren under ledning av Kommunal-läkarföreningen och Gynekologföreningen att barnmorskorna saknade kunskap om att identifiera sjukdomar och komplikationer hos gravida kvinnor, och att barnmorskorna inte självständigt klarar av att sköta mödravården utan tillgång till läkare. Man började ägna allt mer uppmärksamhet på komplikationer under graviditeten och förlossningen, vilket ledde till att läkarna allt lättare kunde uppträda som auktoriteter. Den förebyggande vården skulle upptäcka och förhindra sjukdomar. När man sedan började begränsa verksamheten, så knöts obstetrikerna ihop med gynekologin, vilket gav upphov till att man började anse att obstetrikerna hörde till sjukvården och samtidigt ledde det till att det patologiska framhövdades alltmer. Till och med sociala problem övergick till att bli mer medicinska, då man ansåg att det krävdes experthjälp för att få bukt med problemen. Det medicinska synsättet utvidgades.

Mödrarådgivningens verksamhet bidrog till att mödradödligheten, missfall och infektioner under barnsängstiden minskade. Mödrarnas och barnens hälsa förbättrades tack vare vården inom mödrarådgivningen, t.ex. kunde man redan innan förlossningen påbörja behandling hos mödrar med njursjukdomar och syfilis. Man betonade amningen och såg till att de mjölkblandningar som gavs var hygieniska (Hoppa, 2010, s. 53).

I samband med verkställandet av lagarna om rådgivningarna ökade och förbättrades samarbetet mellan barnmorskan, läkaren och hälsosystemen. I vissa kommuner fanns gemensamma rådgivningsmottagningar, så att man kunde hjälpa varandra i vårdarbetet. Ofta åkte de alla tre samtidigt ut på besök till skolor och privata hem för att sköta mödravården gemensamt. När mödrarna kom till rådgivningsmottagningarna efter förlossningen tog barnmorskan och hälsosystemen hand om den nyfödde och mätte och vägde den, medan läkaren undersökte modern (Hoppa, 2010, s. 52).

Attityder hos mödrarna vid starten av mödrarådgivningen

I det tidiga stadiet av rådgivningens verksamhet skapades fördomar på flera håll, och för mödrarna var det ibland svårt att komma sig för att besöka rådgivningarna. I en undersökning av Helsti (enligt Hoppa, 2010, s. 54) skämdes mödrar sedanvanligt över sin graviditet och de försökte dölja den så länge som möjligt. Rådgivningsmottagningen låg på en offentlig plats och om man besökte den kunde graviditeten lätt avslöjas till utomstående. Speciellt i stora familjer kände mödrarna en irritation över att behöva gå till

mottagningarna på grund av dess läge. Det talades inte så ofta om graviditet, annat än kanske med släktets äldre kvinnor eller med sina närmaste väninnor, så för många var det främmande att prata om det med sin läkare eller barnmorska på den egna orten.

Mottagningen ansågs också vara oviktigt menar Luoto (enligt Hoppa, 2010, s. 54), eftersom man tidigare hade klarat sig på egen hand igenom graviditeten. Å andra sidan var det, särskilt för unga mödrar, en lättnad att få prata om graviditet och förlossning. Det var svårt för svärföräldrarna och för föderskans mor att acceptera att den unga mamman besökte rådgivningsmottagningen och fick de nya instruktionerna, som i och med besöken utfärdades av barnmorskan.

I en studie av Visuri (enligt Hoppa, 2010, s. 54) kring de kommunala barnmorskornas arbete, kom det fram att arbetet med mödravården fick framgång inte bara tack vare de yttre faktorerna och vårdmöjligheterna utan även tack vare mödrarnas attityder. I studien ombads barnmorskor att uppskatta hur stor del mödrarna inom deras område som besökte mottagningen tillräckligt många gånger och hur stor del av mödrarna som borde gå dit oftare. Både i mottagningarnas besöksstäthet och bland skälen för att inte delta i rådgivningsverksamheten fanns det skillnader mellan de olika regionerna. Det visade sig att det var lättare att få mödravård i städer och tätorter än vad det var i de avlägsna byarna. Troligtvis var kulturen annorlunda i städerna än på landsbygden, där den sociala kontrollen var mer förekommande. Byborna följde noga med ifall en ny möjlig graviditet dök upp bland kvinnorna i byn och därför upplevdes besöken till mottagningarna vara pinsamma och avslöjande.

Barnmorskor tillfrågades även i undersökningen av Visuri (enligt Hoppa, 2010, s. 55) om de eventuella skälen mödrarna hade till att inte besöka mödrarådgivningsmottagningen. Eftersom frågan inte ställdes direkt till mödrarna kan man inte vara helt säker på att orsakerna stämmer, men barnmorskornas svar på frågan är ändå vägledande. Svaren åtskildes beroende på var barnmorskorna arbetade. I periferin var det den långa resan som var det främsta skälet till att mödrarna inte kom till mottagningarna enligt barnmorskornas bedömningar, när det för mödrar som bodde i städer och tätorter var det sjunde och mindre viktiga skälet. Istället var skälet till att man inte besökte mottagningarna för invånarna i städerna, att förvärsarbetet försvårade det för de flesta, vilket i sin tur kom på femte plats för mödrar i de avlägsna områdena och på fjärde plats för mödrar på annat håll på landsbygden. Långa resor för mödrarna och kvinnor i förvärsarbete var de största skälen till att inte besöka mottagningarna bland de olika områdena, de övriga skälen bedömdes vara ungefär av lika stor skala i alla områden. Överallt var det näst viktigaste skälet för att inte gå till mottagningen: "svårt att lämna familjen", den tredje viktigaste: "likgiltighet" och den fjärde: "osäkerhet". Två av de minst betydande skälen i alla regioner var att de var: "ovetande om mödravården" och en del av åsikten: "att de kan ta hand om sig själva". Förvärsarbete och långa resor är oundvikliga orsaker för mödrarna till att inte kunna besöka mottagningarna.

Man hade även, i den tidigare nämnda undersökningen av Visuri (enligt Hoppa, 2010, s. 56), frågat folk i olika delar av Finland om det fanns skillnader mellan rika och fattiga mödrar gällande kontakten till barnmorskan. Några av informanterna svarade att skillnader har funnits. I Limingo i det dåvarande Uleåborgs län (motsvarande landskapet Norra Österbotten idag) sade en informant, att särskilt stuginvånare och kvinnliga arbetstagare behövde fångas upp av barnmorskan för att tas med i mödrarådgivningsverksamheten, medan hustrur till tjänstemän och lantbrukare själva tog kontakt med barnmorskan redan under graviditeten. Några andra informanter därifrån sade att de rika mödrarna var oftare i kontakt med barnmorskan än de fattiga. En informant från Pello i det dåvarande Lapplands län (motsvarande landskapet Lappland idag) ansåg att "de rika kan, tack vare de ekonomiska förutsättningarna, bättre ta hand om sig själva." En annan informant från Pello sade att de rika mödrarna även rådfrågade sin barnmorska innan förlossningen. Innan mödrarådgivnings-mottagningarna fanns kunde de rika mödrarna besöka läkarmottagningen.

I Ranua i det dåvarande Lapplands län berättade en informant i en tidningsintervju genomförd av Kaijalainen (enligt Hoppa, 2010, s. 57) om det tidiga skedet av mödrarådgivnings-verksamheten. I intervjun framkom att barnmorskorna främst höll mottagning i deras egna hem, men att de i ett senare skede började hålla mottagningarna ute i skolorna. Förhållandena för mottagningarna var för det mesta bristfälliga då det i vissa hus inte fanns vattenledningar eller ens elektricitet. Utrymmena var enkla och små, varpå de ofta fick lov att undersöka den gravida kvinnan på en bänk bredvid spisen i köket, där de endast hade en liten oljelampa på spiskanten som gav ljus för undersökningen. De kunde även undersöka kvinnan i den egna sängen. Eftersom det var krigstider fanns det dåligt med ljuskällor, inte ens stearinljus fanns, utan istället tillverkades hemmagjorda karbidlampor av flaskor.

I en enkätstudie om medicinsk behandling och patienter av Antikvitetsksamlingarnas Arkiv (enligt Hoppa, 2010, s. 58-59) fanns en fråga om mödra-, preventiv- och barnrådgivningarnas början i kommunerna och människornas förhållningssätt till dessa tjänster. Förmodligen varierade attityderna mer individerna emellan än mellan de olika kommunerna, så svaren kan knappast generalisera alla invånarna i kommunen. Några av de tillfrågade i enkäten sade att mammor hade varit positiva sedan rådgivningens början, en del minns att mottagningarna också väckte fördomar. I Paldamo i det dåvarande Uleåborgs län (men som hör till landskapet Kajanaland idag) mottogs mödravården passivt. I Pello i det dåvarande Uleåborgs län började mödra-rådgivningarna fungera när lagen trädde i kraft, och i början "trodde många människor att de inte är till någon nytta". Unga mammor reagerade ofta positivt till rådgivningarna. Detta bekräftas av en informant i Petsamo i det dåvarande Lapplands län (men som idag hör till Ryssland), som berättade att mammorna i allmänhet tyckte det var positivt, men ibland kunde någon äldre kvinna tycka att rådgivningarna var överflödiga. I Muhos i det dåvarande Uleåborgs län beskrev mödrarna mottagandet av rådgivningsverksamheten som rätt tacksamt trots att verksamheten i början, speciellt under krigstiden, var ganska otillräcklig. Dessutom

hamnade de gravida ibland att ta sig fram t.o.m. upp till 30 kilometer på skidor eller med cykel för att nå rådgivningen. I Uleåsalö i det dåvarande Uleåborgs län (men som idag är en del av Uleåborgs stad) hade mödrarna en positiv attityd till rådgivningarna, troligtvis tack vare de korta avstånden till rådgivningen. I Överkiminge i det dåvarande Uleåborgs län (men som idag är en del av Uleåborgs stad) var mödrarna mycket positiva till mödra- och barnrådgivningarna och de hade en tydlig kunskapsörst. I Rovaniemi i det dåvarande Lapplands län och Salla i det dåvarande Lapplands län mottogs rådgivningarna redan från första början positivt.

Moderskapsunderstödet

Efter första världskriget och inbördeskriget¹⁷ steg barnadödligheten markant i Finland. Befolkningskommittén i landet betonade vikten av mödrars och barns hälsa och ansåg att rådgivningarna var lösningen på den stigande perinatale dödligheten. För att locka mödrar till rådgivningarna började man år 1938 dela ut moderskapsunderstödet (Ainola, 2013, s. 42, 49, 51; Hoppa, 2010, s. 56; Fellman, 2015).

Idén till en låda med kläder hade vuxit fram redan på 1920-talet när fattiga mödrar fick pappersmönster så att de kunde sy egna barnkläder. Mannerheims Barnskyddsförbund såg problemet hos de nödställda familjerna och tog initiativ till att börja låna ut en korg med barnkläder till de fattigaste nyblivna mödrarna, som hade ont om barnkläder och tillbehör för den nyfödda. Korgen med barnkläder kallades "rotationskorg" (fi. kiertokori) och innehöll kläder för barn i åldrarna 0–4 månader och 5–10 månader. Barnmorskor och kommunens socialtjänst samarbetade för att hitta de familjer som behövde korgarna. När korgarna returnerades så tvättades och lappades kläderna och gavs sedan vidare till nästa familj som behövde korgen. Mannerheims Barnskyddsförbund gjorde även symönster som lokala avdelningar kunde köpa för att kunna sy barnkläder och göra sina egna roterande korgar (Fellman, 2015; Korppi-Tommola, (u.å.)a).

Mannerheims Barnskyddsförbunds avdelning i Fredrikshamn var år 1922 den första avdelningen som bedrev verksamhet med en roterande korg. År 1923 fanns de roterande korgarna på 28 avdelningar och efter fem år hade 180 avdelningar rotationskorgar för utlåning. Korgarna var förmodligen så populära av den orsaken att de kunde göras trots begränsade resurser. På ställen där de roterande korgarna tillverkades samlades ortens kvinnor till "sykvällar" och sydde barnkläder som välgörenhetsarbete. Det var lätt att få kvinnorna intresserade av denna typ av välgörenhetsarbete, eftersom slutresultatet märktes tydligt (Korppi-Tommola, (u.å.)a).

I slutet av 1930-talet lämnade Mannerheims Barnskyddsförbund över ansvaret för de roterande korgarna till samhället. Verksamheten med de roterande korgarna blev då en del av avdelningarnas egen verksamhet. Behovet av korgarna fortsatte och entusiasmen över att sy kläderna var tillräcklig (Korppi-Tommola, (u.å.)a).

¹⁷ Inbördeskriget i Finland var en beväpnad kamp mellan borgerliga (de vita) och socialistiska (de röda) samhällsgrupper som pågick mellan januari-maj år 1918 (SFV, (u.å.)b).

Det visade sig senare bli svårt att få tillbaka de utlånade moderskapskorgarna, så år 1937 stiftades lagen om moderskapsbidrag och 1938 beviljades de första understöden av kommunens vårdnämnd. Understödet delades endast ut till de som hade behov på grund av sociala skäl och ungefär två tredjedelar beviljades denna hjälp. Modern kunde välja om hon önskade understödet i form av pengar eller moderskapsförpackning. Under det första året delades runt 50 000 förpackningar ut, innehållande bland annat tygblöjor, barntröjor och filter. Summan som gavs i moderskapsunderstödet motsvarade drygt en tredjedel av en industriarbetares månatliga medellön (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 31; Hoppa, 2010, s. 56; Fellman, 2015; Korppi-Tommola, (u.å.)a).

På det här viset försökte man få de fattigare familjerna med färre tillgångar att komma till rådgivningarna på kontroll. Till först besökte kvinnorna rådgivningarna i ett ganska sent skede av graviditeten. Men sedan skärpte man kraven med ett tillägg om att första besöket till rådgivningen måste ske innan utgången av fjärde graviditetsmånaden, för att man skulle bli tilldelad moderskapsförmånen. Detta beslöts därför att det var viktigt för mödrarna att komma senast i den fjärde graviditetsmånaden, eftersom man ännu i det skedet kunde behandla dem man upptäckte hade syfilis. Många mödrar besökte rådgivningsmottagningen endast en gång för att få moderskapsförmånen, men det ena besöket var ändå mycket viktigt eftersom barnmorskan i alla fall kunde upptäcka eventuella risker redan innan förlossningen. År 1949 ändrades moderskapsunderstödet så att alla gravida kvinnor, oberoende av deras inkomst, kunde ansöka om att få moderskapsförpackningen eller -penningen (Schoultz-Ekblad, 1997, s. 31; Hoppa, 2010, s. 56–57; Fellman 2015).

Folkpensionsanstalten¹⁸ har ansvarat för distributionen av moderskapsunderstödet sedan 1994. I dagens läge (enligt statistik från år 2015) väljer nästan alla förstföderskor moderskapsförpackningen och en tredjedel av alla mödrar väljer en skattefri penningssumma på 140 euro. Under 2014 delades 58 955 moderskapsunderstöd ut varav 37 582 var moderskapsförpackningar (Folkpensionsanstalten (Fpa), 2015, s. 51–52; Fpa, 2012; Korppi-Tommola, (u.å.)a).

Metod

I studien har vi använt oss av en kvalitativ metod, eftersom vi ville ha en djupare kunskap som beskriver mödrarådgivningens utveckling på olika håll i Österbottens kommuner. Vi använde oss av intervjuer som datainsamlingsmetod och gjorde en kvalitativ innehållsanalys av materialet. Det grundläggande syftet med kvalitativ metod är att man studerar personers erfarenheter och upplevelser av en företeelse eller händelse för att få fram ny kunskap om fenomenet och kunna beskriva, förstå eller tolka det i studien. Varken en absolut sanning eller något som är fel finns i en erfarenhet. Informanten och även

¹⁸ Folkpensionsanstalten (Fpa) (fi. Kansaneläkelaitos (Kela)) är en självständig offentligrättslig inrättning i Finland, vars verksamhet och förvaltning övervakas av fullmäktige som väljs av riksdagen. Fpa sköter om grundtryggheten för dem som bor i Finland i livets olika skeden men även de som är bosatta utomlands kan omfattas av den finländska sociala tryggheten och få förmåner från Fpa (Fpa, 2013, s. 3, 5).

forskaren formar studien inom det sammanhang som den utförs i (Henricson & Billhult, 2012, s. 130).

Intervjuer som datamaterial

För insamling av data i en kvalitativ studie kan man använda sig av t.ex. intervjuer, berättelser, fokusgrupper och/eller deltagande observation. Vid en intervjustudie skapas texten av informanten i gemenskap med forskaren, vilket gör att resultatet inte kan ses som oberoende av forskaren och blir därmed ett subjektivt tillvägagångssätt. Det lönar sig att hitta få informanter med olika erfarenhet och rika beskrivningar av det som undersöks, eftersom många informanter med liknande erfarenheter och knappa beskrivningar ger ett stort material, vilket tar mera tid att analysera och försvårar arbetets gång att få svar på frågeställningarna (Henricson & Billhult, 2012, s. 133–134).

Vi ville med studien kunna beskriva mödrarådgivningsverksamheten genom kommunalbarnmorskans arbetsuppgifter, upplevelser och egenskaper i sitt arbete under den undersökta tidsperioden. Genom att vi använde oss av semistrukturerade intervjuer där vi mestadels ställde öppna frågor, strävade vi till att få ett så brett perspektiv som möjligt av verksamheten från informanternas verksamma tid.

Urvalet av informanter

I valet av informanterna begränsade vi oss till personer som har varit med och upplevt mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten. Eftersom vi fokuserat på barnmorskans arbetsuppgifter, upplevelser och egenskaper valde vi att intervjua pensionerade barnmorskor som arbetat inom mödrarådgivningen någon gång under tiden 1944–1972 i Österbotten. Vi visste att vårt urval av informanter kom att bli ganska litet eftersom att vi var begränsade till området Österbotten samt att vi hade krav på att de ska vara svenskspråkiga och att de ska ha arbetat inom mödrarådgivningen någon gång under 1944–1972.

Vi fick tips om äldre svenskspråkiga barnmorskor som hade arbetat inom mödrarådgivningen i Österbotten av vår handledande lektor, vi frågade även av en annan lektor samt bekanta om de kände till fler tänkbara informanter som vi kunde intervjua. Slutligen fick vi namn på fem möjliga informanter som vi visste var svenskspråkiga och hade arbetat inom mödra-rådgivningen i Österbotten under sin arbetskarriär. En av informanterna hade vi sedan tidigare bekantat oss med vid en intervju till ett annat projekt.

När vi hade fått de fem olika namnen tog vi samtidigt reda på deras telefonnummer och var de bodde, för att veta om vi hade möjlighet att kunna åka och intervjua dem. Först tog vi kontakt med informanterna per telefon. Under telefonsamtalet presenterade vi oss och förklarade kort om vår studie samt frågade under vilka årtal de hade arbetat inom mödrarådgivningen och i vilken kommun. Vi undrade om de hade vilja och möjlighet att ställa upp på en intervju och förklarade hur betydelsefull den information de innehar är för

vår studie samt hur värdefullt det skulle vara att få bevara denna information. Tre av de fem möjliga informanterna var lämpliga informanter för studien och ställde gärna upp. Vi berättade att vi kommer att skicka hem ett informationsbrev (se bilaga 2) där studien är noggrannare förklarad och där information finns om hur intervjun kommer att gå till. Vi kom överens om att vi skulle ringa upp informanterna igen efter en vecka, då de fått brevet och läst igenom det. Vid nästa telefonkontakt med informanterna försäkrade vi oss om att de fortfarande ville ställa upp, bestämde tidpunkt för intervjun och kom överens om att träffas hemma hos informanten, eftersom det var enklast för alla parter.

Två av de fem möjliga informanterna hade börjat arbeta inom mödrarådgivningen efter 1972 men var ändå villiga att ställa upp på intervjun. Vi kom överens med dessa två att vi kunde höra av oss till dem på nytt i ett senare skede, i sådana fall att vi behöver ytterligare material för studien. Eftersom vi ansåg att den mängd material vi fick insamlat genom intervjuerna med de tre informanterna som hade arbetat innan 1972 var tillräckligt stort, beslöt vi att inte kontakta de två barnmorskor som hade börjat arbeta på mödrarådgivningen först efter år 1972.

De tre informanterna som vi valde att intervjua var samtliga svenskspråkiga pensionerade barnmorskor som hade arbetat på kommunala mödrarådgivningar runt om i Österbotten någon gång under åren 1949–1998. De hade alla gått den tvååriga utbildningen till barnmorska på Barnmorskeinstitutet i Helsingfors.

Genomförandet av intervjuerna

Innan intervjun bakade vi tillsammans något att ta med, som tack till informanterna för att de ställer upp. Vi åkte gemensamt med egen bil till informanternas hem och diskuterade samtidigt genomförandet av intervjun. En kopia av det informationsbrev (se bilaga 2), som skickats ut till informanterna, togs med till intervjuerna och fungerade på så vis som intervjuguide. Innan intervjun påbörjades berättade vi om informantens rättigheter samt frågade om vi fick spela in intervjun. Samtliga intervjuer spelades in och upplevdes av oss som familjära och lediga. Vi blev bjudna på kaffe hemma hos informanterna och utöver intervjun diskuterade vi även livet i övrigt. Innan vi avlägsnade oss tackade vi innerligt informanterna för att de hade ställt upp.

I samband med intervjuerna frågade vi även informanterna om de kunde tipsa oss om någon annan barnmorska, som arbetat inom mödrarådgivningen under 1944–1972 i någon kommun i Österbotten. Samtliga tips på barnmorskor vi fick, hade vi redan kontaktat eller planerat att kontakta.

Kvalitativ innehållsanalys

Som metod för analys av intervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys, för att få en beskrivande och tolkande analys av det insamlade materialet. Vi har studerat personliga erfarenheter angående mödrarådgivningsverksamheten genom intervjuer av personer

med anknytning till detta. För att innehållsanalysen ska ha en hög tillförlitlighet så redovisas stegen i analysen tydligt (Danielson, 2012, s. 329–336).

Vi valde att göra innehållsanalysen induktivt, genom att utgå från innehållet i texten. Eftersom kunskapen om fenomenet vi undersökt är knapp kommer det att ge en ny beskrivande helhet angående fenomenet. Vid induktiv innehållsanalys är det meningen att man ska härleda kategorier ur det insamlade materialet och gå från det specifika inom fenomenet till att kombinera ihop mindre meningsenheter, för att få en mera generell beskrivning av fenomenet (Elo och Kyngäs, 2008, s. 109; Danielson, 2012, s. 335).

Analysprocessen delas in i tre faser: förberedelse, organisering och rapportering, dock finns inga systematiska regler för hur man genomför analysen av materialet. Genom innehållsanalysen skall de många insamlade texternas ord klassificeras till ett mer komprimerat innehåll bestående av kategorier. Inom förberedelsen skall man först välja analysens enhet, vilken skall leda respondenterna genom analysen. Enheten kan bestå av ett ord, en mening eller flera meningar och väljs utifrån frågeställningarna. Därefter måste respondenterna välja om man skall analysera det uppenbara (manifesta) i intervjuerna eller om man även väljer att studera det dolda (latenta) som förekommer inom intervjun, som t.ex. tystnad, suckar, skratt och gester. Även detta väljs utgående från studiens syfte och frågeställningar. För att få en uppfattning om och en djupare förståelse av materialet samt för att få en känsla av materialets helhet ska respondenterna läsa igenom intervjuexterna ett flertal gånger (Elo & Kyngäs, 2008, s. 109).

I förberedelsen började vi med att lyssna igenom de inspelade intervjuerna och transkribera dem till text på dator. För att få transkriberingarna genomförda på enklaste sätt, valde vi att dela upp inspelningarna i två lika delar och transkribera en del var. Sammanlagt blev materialet 44 sidor transkriberad text. Efter att transkriberingen var klar, fortsatte och slutfördes analysen gemensamt. Vi beslöt att ha meningen "Den kommunala barnmorskan inom mödrarådgivningsverksamheten" som analysens enhet. Vi valde sedan att analysera främst det manifesta, men även det latent i intervjuerna, eftersom vi ansåg att både det uppenbara som informanterna berättar och det dolda, som framkom indirekt genom deras berättelser, kom att ge svar på våra frågeställningar.

Transkriberingarna lästes igenom ett flertal gånger av oss båda. Nästa steg i analysprocessen var att organisera materialet. Först gjorde vi en öppen kodning av materialet genom att plocka ut de meningsenheter som vi ansåg följde analysens enhet. Detta gjordes med hjälp av ett skrivprogram på dator, i vilket vi klippte ut meningsenheter ur dokumentet med den transkriberade texten och klistrade sedan in meningsenheterna till ett nytt dokument. Dokumentet med meningsenheterna printades sedan ut på vanligt papper. Analysen fortsatte med att meningsenheterna klipptes ut med sax. Därefter reducerades meningsenheterna genom att vi på baksidan av de urklippta textremsorna skrev upp reduceringarna. Då började vi se vilka reduceringar som hörde ihop och kunde bilda mindre helheter, sedan skapade vi subkategorier fritt formulerade utgående från de nertecknade reduceringarna. Subkategorierna skrevs upp på skilda pappersbitar i olika

färger och placerades ut på golvet tillsammans med de uppdelade reduceringarna, för att lätt få en bra överblick av materialet. Slutligen grupperades subkategorierna och vi kunde skapa tre fritt formulerade teman. Även dessa skrevs upp på skilda pappersbitar i tre nya färger och placerades ut på golvet bredvid subkategorierna. Vid en genomgång av det analyserade materialet såg vi att tre kategorier, som delade in subkategorierna under ett av de tre teman, kunde skapas. De tre teman som vi skapat i analysen, varav ett av temat har tre kategorier och nio subkategorier och de två andra teman har nio respektive fyra subkategorier, blev resultatet av studien.

Syftet med analysprocessen var att reducera datainsamlingsmaterialet och återge materialet med subkategorier och kategorier samt ledande teman. Med hjälp av dessa kan man beskriva fenomenet, öka förståelsen och skapa kunskap. När subkategorierna, kategorierna och teman skapades gjordes ett beslut, genom vår gemensamma tolkning, hur de skulle ordnas (Elo & Kyngäs, 2008, s. 109–111).

Etik

En vetenskaplig forskning måste vara etiskt korrekt och för att den ska kunna vara det följs en god vetenskaplig praxis. Vi har strävat till att främst följa de huvudsakliga utgångspunkterna för god vetenskaplig praxis enligt Forskningsetiska delegationen¹⁹. I genomförandet av vår studie, som är en undersökning av mindre skala, har vi följt de utgångspunkter inom god vetenskaplig praxis som varit möjliga att tillämpa i genomförandet av studien (Forskningsetiska delegationen (TENK), 2012).

Vi har sinsemellan kommit överens om hur vi fördelar arbetet rättvist mellan oss och diskuterat kring vilket ansvar studien kräver gällande gott etiskt utförande. För insamling av data i vår bakgrund har vi använt oss av de databaser vi har tillgång till via Yrkeshögskolan Novia och som är vetenskapligt tillförlitliga samt material som rekommenderats av vår handledande lektor. I studien har vi noggrant och korrekt hänvisat till de källor varifrån vi samlat fakta för vår undersökning. Vi har tagit hänsyn till och följt skolans egna skrivanvisningar. Vi har regelbundet haft kontakt med den handledande lektorn på Yrkeshögskolan Novia som gett oss stöd och handledning i fortskridandet av studien. Vi har tillstånd att utföra studien från Yrkeshögskolan Novia då studien är en del av vår yrkesexamen.

Avsikten med forskningsetiken är att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmanderätt hos alla som berörs. Den etiska utgångspunkten sätter sin prägel på allt som görs i studien. Forskningsetiken finns till för att försvara rättigheter och värna om alla livsformer. Den bidrar till att skydda de personer som medverkar i en studie. Forskningsetiken bygger på respekt för andra människor och har som avsikt att ta dem på allvar. För att kunna hantera de etiska kraven så krävs det kunskap om de värderingar,

¹⁹ Forskningsetiska delegationen (fi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK) grundades år 1991 och behandlar etiska frågor inom vetenskaplig forskning för att befrämja forskningsetiken (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2012–2014)

normer och principer som är aktuella. Vid en studie som baserar sig på människor och deras kunskap samt upplevelser är det viktigt att man ser till att personen man är i kontakt med varken utnyttjas, skadas eller såras. För att trygga säkerheten, rättigheter och välbefinnande hos deltagarna är det relevant att ta hjälp av etiska principer (Kjellström, 2012, s. 69–74).

När man använder sig av intervjuer som datainsamlingsmetod skapar man en mer personlig relation till individen än om man skulle använda sig av t.ex. enkäter. Risken med närheten under intervjun är att en påverkan skapas hos informanten och i vissa fall kan personen anpassa sitt svar och säga det som intervjuaren vill höra. Det kan även framstå som att undersökaren har en maktposition och att intervjun känns påtvingad (Kjellström, 2012, s. 69–74).

Genom att vi har skrivit ett informationsbrev, vilket även fungerade som intervjuguide, är genomförandet av intervjuerna noga planerat. I samband med informationsbrevet (se bilaga 2) som på förhand sändes till våra informanter hade vi tagit upp studiens syfte samt för vem den görs och hur. Vi beskrev även informantens rättigheter angående intervjun. När vi kommit för att utföra intervjun men innan intervjun börjat gick vi även igenom detta muntligt, och vi förklarade samma saker som beskrevs i informations-brevet. Under våra intervjuer strävade vi efter att få den intervjuade att känna sig trygg och säker. Vi försökte skapa en god relation till informanten för att intervjun inte skulle upplevas som påtvingad. Utgående från allt detta blev intervjuerna omsorgsfullt genomförda. Vi valde att spela in materialet från datainsamlingen för att lättare kunna gå igenom materialet efteråt och få ett sanningsenligt resultat, vilket även samtliga informanter vad medvetna om och hade gett sitt samtycke till oss att göra det.

Vi har försökt att inte själva påverka det insamlade materialets innebörd genom att försöka bortse från egna tolkningar och nutida uppfattningar. Vi har tagit reda på och följt olika anvisningar för genomförandet av en kvalitativ studie utgående från vetenskaplig fakta och noggrant beskrivit hur vi har gått till väga med studien. En delorsak till varför vi valde att göra studien var för att få möjligheten att kunna bevara den värdefulla information barnmorskor, som arbetat inom mödrarådgivningen i Österbotten under dess startskede, bär på. Detta var till viss del orsaken till att vi valde att göra en kvalitativ studie med intervjuer som datamaterial. I och med vår studie sparas den oskattbara informationen som annars kanske skulle försvinna och vi hoppas och tror att vårt arbete uppskattas och möjligtvis kan användas i kommande studier.

Resultat

Utifrån analysen av de tre utförda intervjuerna har vi fått fram tre teman, vilka är: "Den kommunala barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen", "Den kommunala barnmorskans arbetsupplevelser" och "Den kommunala barnmorskans egenskaper". Dessa teman kommer att beskrivas närmare i följande stycken. Temat "Den kommunala barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen" skapades utifrån tre kategorier. Dessa tre

kategorier står utskrivna enskilt som underrubriker. I samtliga kapitel beskrivs teman och kategorier utgående från subkategorier som utmärks med svärtad stil i varje stycke och beskrivningarna kompletteras ytterligare med direkta citat ur datainsamlingsmaterialet.

I studien har vi valt att benämna informanterna med siffror utgående från den ordning som vi intervjuade dem, därför hänvisas citaten till 1, 2 eller 3. Detta har vi valt att göra för att skydda informanternas identitet, men samtidigt ge läsaren möjlighet att kunna se vem som sagt vad och bilda sig en uppfattning om informanterna.

Den kommunala barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen

Detta tema skapades utgående från tre kategorier, vilka är "Praktiska utföranden", "Barnmorskans förverkligande av arbetet" och "Riktlinjer för mödrarådgivningsarbetet". Temat beskriver, utgående från de tre följande kategorierna och dess subkategorier, rådgivningsverksamhetens uppbyggnad och verkställandet av verksamheten i kommunerna under den undersökta tidsperioden.

Praktiska utföranden

I denna kategori beskrivs de praktiska utföranden som barnmorskorna gjorde i sitt arbete inom mödrarådgivningen genom subkategorierna rådgivning och handledning, dokumentation, prover och undersökningar och vårdmetoder. Rådgivning och delgivning av information var grunden i ombesörjandet av den gravida kvinnan och hennes familj. Allt som barnmorskorna gjorde under sitt arbete skulle dokumenteras för hand och genom att göra provtagningar och undersökningar av den gravida/nyblivna mamman och fostret/den nyfödda fick de en överblick av graviditeten/måendet efter förlossningen. Vid behov kunde de då vidta åtgärder i form av olika vårdmetoder de tillämpade på den undersökta tidperioden.

Samtliga informanter beskrev **rådgivning och handledning** som en del av arbetet på rådgivningen. De gav stöd och handledning till den gravida kvinnan, så att graviditeten kunde fortskrida på bästa möjliga sätt. De informerade kvinnorna om graviditetens längd och utveckling samt gav rådgivning gällande kost och levnadsvanor.

"Så gav man kostrådgivning, gick igenom alkohol- och tobaksvanor." (1)

"[...]Människorna åt ju så mycket salt mat. Det var ganska svårt för dem att förstå det där, att de måste sköta sig och att de får inte äta så där mycket salt, det var ju saltfiskar, saltfläsket och allt sådant där." (2)

"Diet och normal livsföring och att de inte skulle röka och dricka. Och faktiskt det här med maten. Det var ju en skärgårdskommun och de levde mycket på fiske. Så nog försökte vi berätta för dom att de ska ha mångsidig diet. Då gick man inte till butiken och köpte tomat och gurka." (3)

"Så gick man igenom andning och avslappning och försökte förbereda dem så gott det gick inför förlossningen." (1)

Barnmorskorna skötte om mödrarna under graviditeten men även en tid efter förlossningen. Även spädbarnet kontrollerades av barnmorskan inom två veckor efter förlossningen. Barnmorskorna handledde mödrarna i deras egenvård och i barnavård.

”Så hade man ju den här barnavården, man badade ju ofta barnet där hemma då första gången och så andra gången så såg man på då de badade barnet själva. Så gav man ju preventivrådgivning.” (1)

”Då barnet var två veckor så överfördes det då till hälsosystemens vård och mamman var som i rådgivningspappren tills hon hade varit på efterundersökning då vanligtvis vid 6 veckor.” (1)

Dokumentation var en del av arbetet på rådgivningarna. Under första besöket tog man upp anamnes och skrev in kvinnan på rådgivningen. Genom att dokumentera resultaten av de olika kontrollerna och undersökningarna man gjorde för att ta reda på kvinnans och fostrets mående, kunde man lättare få en överblick av kvinnans graviditet vid kommande besök.

Barnmorskan utförde vid varje besök dokumentationer för uppföljning av graviditeten. Hon dokumenterade noggrant i ett större kort som fanns tillgängligt på rådgivningen för att vid kommande besök ha information om graviditeten samt fyllde i ett mindre rådgivningskort som modern fick handha. Dokumentationen utfördes även för att kunna sammanställa en rapport över arbetet man gjort, eftersom det skulle rapporteras till länsbarnmorskan varje månad.

”På första besöket var det ju inskrivning, och då tog man ju anamnes gick igenom genomgångna sjukdomar, barnsjukdomar och andra sjukdomar och om det var omfödelska så tog man ju då också tidigare graviditeter och förlossningar.” (1)

”Hade man något rådgivningskort?” (respondent) ”Joo, vi hade till och med dubbelt, ett som fanns på rådgivningen, ett större, och så hade mamman ett eget. Så att man kunde se det viktigaste. Och så stod det ju datum så man kunde följa med när man var sist. Jaa, det var nog viktigt det att det var antecknat i kortet.” (3)

”Jaa, men man fick helhetsbilden ändå, och kunde följa med från gång till gång.” (3)

”Kommunen var ju arbetsgivare, men det fanns ju alltid en länsbarnmorska och en länshälsosyster som vi var skyldiga att rapportera till så att vi skickade in varje månad allt vad vi hade gjort.” (1)

Samtliga informanter berättade om olika **prover och undersökningar** som utfördes för att ta reda på moderns och fostrets tillstånd och för att se hur graviditeten framskred samt för att upptäcka eventuella avvikelser. Man tog bland annat olika blodprov och urinprov av kvinnan för att kunna upptäcka eventuell havandeskapsförgiftning, infektion, könssjukdom, graviditetsdiabetes, anemi eller antikroppar i blodet. Efter förlossningen gjordes även hembesök och en eftergranskning där kontroller av moderns tillstånd utfördes för att se hur hon återhämtade sig.

"[...] tog reda på om det ligger upp och ner det här fostret, det var ju nästan det viktigaste det att veta var huvudet är. Så tog vi hjärtljuden. [...] Vi mätte omkretsen, mätte bäckenstorleken. [...] så mätte vi också symfys-fundus måttet, så då fick man ju se hur mycket fundus har vuxit..." (3)

"För att kolla upp, speciellt då albumin och svullnaderna var ju viktiga. Och blodtrycket. Allt det där var ju väldigt viktigt att följa upp. [...] För den här tiden ännu så förekom toxemi, graviditetstoxemier (detta tillstånd benämns numera som preeklampsi). Och albumin i urinen var ju nästan det första tecknet på att man skulle följas upp bra, hur det utvecklades." (3)

"Så hade vi ju en sådan där Hb-apparat som man kunde ta med sig så då kollade vi ju det där hemma också, och blodtryck, urinprov, lite svårare var det ju med vikten men man kollade ju eventuella svullnader och allmäntillståndet." (1)

"Efter förlossningen då för man ju på hembesök och kollade då episiotomi, ruptur, avslag, livmoderns storlek, konsistens, hur amningen funkade. [...] Vid eftergranskningen tog man ju också sänka, Hb, urinprov både albumin, glukos och uric acid, och så var det ju läkargranskning." (1)

Samtliga informanter berättade om de **vårdmetoder** som användes i mödrarådgivningsarbetet på den undersökta tidsperioden. Barnmorskorna agerade enligt den kunskap de hade gällande t.ex. olika sjukdomstillstånd, tillgång till läkemedel och utrustning i sitt arbete.

"[...]hon behövde ingen blodtrycksmedicin, men det fanns ju inget sådant på den tiden heller utan det var ju nog dieten som skulle hjälpa till. Och vila i den mån de kunde." (3)

"För den där tiden först så skall de ju ligga ett helt dygn efter förlossningen, ja de hade då jag gick kursen att mamman skall ligga en hel vecka, hon fick ju stiga upp så där om nödvändigt men inte att gå, nog gå på det viset men inte att vara uppe, för de var ju ofta nå sydda också. Men då hade man ju inte ens i början de här vanliga synålarna utan man hade de där agrafferna men nog sen[...]då begärde jag att få nål och tråd för jag tyckte inte om det där att sätta agrafferna, det blev ju bara ytan, det skall ju vara innanför också." (2)

Barnmorskans förverkligande av arbetet

Kategorin "barnmorskans förverkligande av arbetet" beskrivs med hjälp av subkategorierna rådgivningsbesök och hembesök, färdmedel och utrustning. Barnmorskorna skötte om den gravida, den nyförlösta kvinnan och hennes nyfödda både på rådgivningsmottagningen men även i kvinnans eget hem genom att göra hembesök. För att ta sig hem till en familj på hembesök fick de ta till det färdmedel som fanns till hands vid den undersökta tidsperioden. Utrustningen som användes i arbetet utgjordes av ett litet utbud och den var oftast enkel samt lätt att ta med sig i hembesöksväskan.

Mödrarådgivningsverksamheten förverkligades genom både **rådgivningsbesök och hembesök**. Informanterna berättade att man träffade kvinnorna åtminstone en gång i månaden och att man mot slutet av graviditeten träffade dem oftare och vanligen då med hembesök. Man gjorde också fler hembesök på den tiden än vad man gör i dagens läge.

En informant berättade att man hade ungefär lika mycket hembesök som rådgivningsbesök under tiden hon arbetade på rådgivningen. Läkare fanns tillgänglig på mottagningen en gång i månaden. Man försökte få varje kvinna att besöka läkaren tre gånger under graviditeten, men en informant berättade att läkarna oftast var rätt upptagna och att det inte alltid var möjligt att ordna.

”De kom ju ungefär en gång varje graviditetsmånad i början och sedan varannan vecka och i 8:e, 9:e månaden, 10:e månaden så gjorde jag ju oftast hembesök.” (1)

”Kommunalläkaren kom alltid en gång per månad till huvudrådgivningen. Och då kallade vi upp alla mödrar som vi ansåg att bör komma. Och sen så samlades många andra där också, för dom visste ju när det var. Men just det här att det var regelbundet, de visste att det var den där torsdagen i månaden som doktorn är på rådgivningen. Så dom kom nog flitigt, också de som vi inte hade sagt till att de behöver komma. De började förstå själva också när de bör komma. Inte kom de således varje månad, men två tre månader emellan.” (3)

”Så tre besök då till läkaren?” (respondent) ”Mm, men inte gick det ju alltid att genomföra för att de var ju ganska upptagna de här läkarna som hade både (ort) och (ort) och var kanske inte så intresserade heller, man vet ju inte.” (1)

För att ta sig till hembesöken använde sig barnmorskorna av de **färdmedel** som fanns tillhanda. På den undersökta tidsperioden var det inte så vanligt med egna personbilar. Man fick ta sig fram med buss, till fots eller med cykel. Om det inte var möjligt eller om man snabbt behövde ta sig fram gick det att ordna med taxi. Om familjen hade en privat bil kunde man i vissa fall använda sig av den, till exempel vid akut färd till sjukhuset. Under vissa omständigheter tog man sig även fram med hjälp av hästskjuts, till exempel under vintertid vid svåra väglag.

”Så att inte var det bara som att sticka iväg till rådgivningen. Så det var nog nästan så att vi hade större möjligheter, inte för att vi hade varken bil eller buss, jo buss kunde vi anlita ena vägen men då skulle vi ha cykeln med oss. Många gånger då man skulle på ett hembesök som inte passade på något sätt med bussturer så var det bara att sätta sig på cykeln och sticka iväg.” (3)

”Jaa jag tror att den längsta sträckan blev ungefär 18–20 kilometer på cykel, lite beroende på var i samhället eller byn man stannade.” (3)

”Ofta följde man ju då med in till BB också då de for in för att föda ofta då med taxi eller familjens bil, att de ringde då.” (1)

Inom rådgivningsverksamheten på den undersökta tidsperioden användes olika äldre instrument och **utrustning** i arbetet för att utföra kontrollerna och vården av kvinnorna. Man använde sig till exempel enbart av ett fetoskop (se bild 2, s. 43), även kallad lur, med formen av en trätt och vars material utgjordes av trä eller metall, för att lyssna på fostrets hjärtljud. Det mesta av vårdmaterialet var gjort så att det var återanvändningsbart (se bild 1) och inte så mycket engångsmaterial fanns. Även rengöringen av utrustningen skedde på ett gammaldags sätt. Protein i urinen hos kvinnorna kontrollerade barnmorskorna

själva genom att läsa av mängden albumin efter att det sjunkit ner i glaströret de fyllt med urin.

”Då lyssnade vi ju inte på hjärtljuden med någon Doppler, vi satte luren till magen och lyssnade och det fungerade så bra, så bra. Man vande ju sig också. Man kunde nog nästan direkt höra om det var avvikelser i ljuden. Man hörde på tonen, inte bara frekvensen, utan tonen också. Så när dom kom med dom nya Doppler, så jo frekvensen gick ju bra, men vi brukade säga ”men tonen!”, man hörde ju inte den där tonen. Så vi tyckte nog att man behövde stetoskopet (fetoskopet) för att vara riktigt säker.” (3)

”När jag började så fanns det en blodtrycksmätare och ett stetoskop (fetoskop), det var allt vad som fanns.” (2)

”Så hade vi ju en väldigt bra atlas där då på rådgivningen, hela det här liksom med kvinnans anatomi, där var avbildat ägglossning, befruktning, hur fostret växte och sedan under förlossningen hur det öppnar sig, som man kunde riktigt bra använda.” (1)

”Joo, vi hade ju en hembesöksväska. Vi hade till och med stickbäcken i den, en modell mindre. Och så fanns där allt vad vi behövde ungefär.” (3)

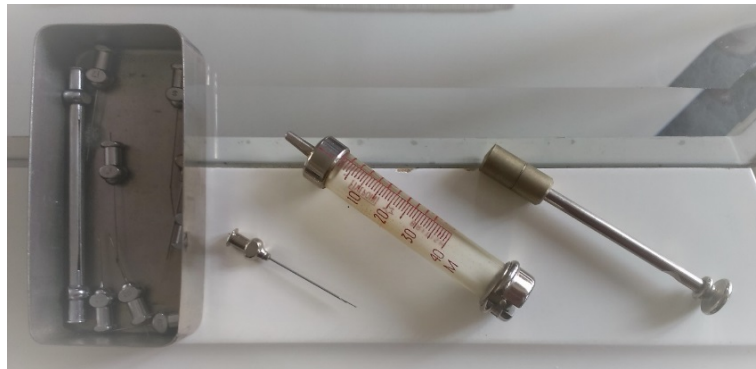


Bild 1: Spruta med nål som var återanvändningsbara och steriliserades genom att kokas i vatten. Bilden fotograferad vid personlig intervju hemma hos informant 2.

Riktlinjer för mödrarådgivningsarbetet

Den kommunala barnmorskan hade riktlinjer inom rådgivningsarbetet som skulle följas, dessa beskrivs genom subkategorierna ansvarsområde och arbetstider. Barnmorskorna hade ett visst ansvarsområde inom mödrarådgivningen och upptagningsområdet kändes stort enligt dem på den tiden. Några särskilt angivna arbetstider fanns inte utan barnmorskan skulle vara i beredskap dygnet runt.

Barnmorskans **ansvarsområde** var att vårda den gravida kvinnan från inskrivningen på rådgivningen tills att efterundersökningen var gjord dvs. ungefär 6 veckor efter förlossningen. Hon hade ett ansvar över moderns och fostrets mående och hälsa. Det nyfödda barnet var även under barnmorskans ansvar i två veckor efter förlossningen.

”Arbetsuppgifterna var ju då att följa barnafödern från inskrivning i rådgivning tills efterundersökningen var gjord.” (1)

”Och då kallade vi upp alla mödrar som vi ansåg att bör komma.” (3)

Som kommunal barnmorska hade man även ett geografiskt ansvarsområde. Man hade riktlinjer i hur stort distrikt man skulle förverkliga rådgivningsarbetet.

”Nå jag hade 7 små byar med (ort, ort...)[...] Så det var ganska stort, vidsträckt distrikt” (2)

Barnmorskan som arbetade inom mödrarådgivningen under den undersökta tidsperioden hade inga specifika **arbetstider** utan man skulle vara tillgänglig dygnet runt. De hade angivna tider då barnmorskan fanns på rådgivningsmottagningen, men utöver det kunde de fara på hembesök eller sköta hemförlossningar.

”Och den där tiden var man ju liksom dygnet runt i beredskap alltid, att man var ju inte som ledig och hade åtta timmars arbete utan man var ända tills ja det var väl först vid -72 som man började lyda under arbetstidslagen.” (1)

”[...]det räknades inte på det sättet liksom hur många timmar man hade varit i jobb utan man fanns till så att de fick ringa och ta kontakt. Jo, så vi hade ju sådan där död tid hemma men som man ändå inte kunde göra något speciellt utan man fick se till att man fanns till hands. Då man hade semester var man ju helt ledig förstås.” (1)

”Hur tyckte du det fungerade då med familjen och så?” (respondent) ”Jaa, vet du, man visste ju inte något annat, sådär var det ju, för hälsosystrarna också så att. Sådär skulle det vara och så hade det alltid varit. De hade ju nog det mycket jobbigare de här äldre barnmorskorna som var före och som hade många hemförlossningar och kunde få vara kanske en hel natt på något ställe.” (1)

”Jag hade precis fått julmiddagen färdig och vi hade gäster, men då var det nog bara att ta kappsäcken och fara.” (3)

Den kommunala barnmorskans arbetsupplevelser

I detta tema beskrivs den kommunala barnmorskans arbetsupplevelser genom subkategorierna **positiva upplevelser av arbetet**, **negativa upplevelser av arbetet**, **upplevelser av utveckling inom rådgivningsarbetet**, **utvecklingen av arbetsplatsen**, **utvecklingen av redskapen**, **det goda samarbetet**, **arbetet på gott och ont**, **efterkrigstida resurser** och **dåtida förhållanden**. Informanterna berättade om både bra och dåliga saker de varit med om i sitt arbete. Genom deras berättelser får man en uppfattning om hur utvecklingen inom mödrarådgivningsverksamheten framstod, hur de upplevde arbetet som kommunalbarnmorska under den undersökta tidperioden samt hur den dåtida omgivningen inverkade på deras arbete inom mödrarådgivningen.

När vi frågade om det fanns någonting som barnmorskorna tyckte var speciellt svårt eller jobbigt i arbetet svarade de att de inte upplevde att de varit med om något som känts så, eller i alla fall var det mest de **positiva upplevelsena av arbetet** som de minns. De tyckte att arbetet på rådgivningen var en givande tid och att det gick bra att arbeta som kommunalbarnmorska. Två av informanterna nämnde även ordet roligt under intervjun,

bland annat att de tyckte det var roligt att få åka på hembesök och att få följa med kvinnorna in till sjukhuset när det var dags att föda.

”Jag tycker inte att det har varit någonting som har varit speciellt svårt eller negativt. Det har varit ett väldigt givande arbete och ja tror att jag sätter som ännu mer värde på det nu i denna dag än då jag var yngre. Att det är ju nog någonting fantastiskt egentligen det här att få, och jag tycker det är så roligt idag då jag ser de här barnen som jag har skött i magen. De hinner liksom ju få barn själva då jag var i jobbet, alltså de fick barnbarn innan jag slutade.” (1)

”Var det något som var speciellt svårt eller jobbigt i arbetet?” (respondent) ”Nå egentligen vet jag inte om det fanns något eller så har man bara trängt bort det. Det är nog mest det positiva faktiskt.” (3)

”Så vi följde med dem ända upp till förlossningssalen och där lämnade vi över dem och gav en rapport till barnmorskorna som skulle ta emot. Det var faktiskt roligt.” (1)

”Vad tyckte du om hembesöken?” (respondent) ”Det var roligt.[...]Jag skulle nog säga att vi hade det bättre ordnat då än vad det är nu, då det ska vara så sällan besök på rådgivningarna.” (3)

Trots att de intervjuade barnmorskorna påstod att de inte tycker att de upplevt något negativt under tiden de arbetade med rådgivningsverksamheten, dök det ändå upp saker under intervjuerna vilka uppfattades som **negativa upplevelser av arbetet**. Under intervjuernas gång dök det upp vissa situationer som orsakat negativa upplevelser hos barnmorskorna, av att någonting varit svårt eller hemskt i arbetet. Dessa var att ha hand om kvinnor med preeklampsi, blödande kvinnor, komplikationer i samband med amning eller hemförlossning, familjer eller kvinnor med tbc (tuberkulos), om de råkade på foster som dött intrauterint eller genast efter förlossningen, samt svårigheter i att ta sig fram i naturen.

”Kommer du ihåg någon speciell händelse eller någon speciell kvinna som ha fastnat?” (respondent) ”Nå det är nog många de. Men joo jag fick en toxemi mamma faktiskt. Det var nog jobbigt.” (3)

”Det värsta som ju kan hända så är ju blödning då du är ensam med en förlossning, allt annat går. Men blödning är nog svårt.” (2)

”[...]man kunde höra hjärtljuden hur bra som helst, så att nog hörde man när de var sämre och bättre, det gjorde man, men om man hade ett hjärtljud som håller på och försvinner under förlossningen så hinner du absolut inte till centralsjukhuset, det går nog för fort det.” (2)

”[...]så var det ganska knepigt, för hon hade så stora bröstvårtor och så liten mun, så bröstvårtan gick inte in i munnen. Det var svårt.” (2)

”Ännu den tiden så fanns ju tuberkulosen, och i de barnrika familjerna var det lätthänt att det smittade. Det var dom här mödrarna som hade tbc, det var jobbigt. Vi fick i god tid berätta för dom att de inte får amma sitt barn, så det var ju jobbigt. Och så var det ju det att barnet inte skulle få vara i miljön där hemma heller. Närmaste julmärkshemmet fanns i Uleåborg, så jag

har fört två barn dit, så det var ju nog jobbigt.[...]Mamman fick nästan bara i förbifarten se barnet, så det var nog väldigt jobbigt.” (3)

”Jag har till och med hunnit fara över isen i slutet på april riktigt kring vappen, jaa alltså det var vatten på isen och jag vet inte hur vi kom oss fram[...]Det var en som skulle föda och de for på isen de då, de bar åt kråkorna de sa dem. Vi for med bil, idag skulle jag inte fara inte. Den där pojken är född första maj om jag inte minns fel. Det var sen vår då men i alla fall, det var tufft.” (1)

Informanterna beskrev under intervjuerna vad de har för **upplevelser av utveckling inom rådgivningsarbetet**. De två informanterna som började arbeta på rådgivningen tidigare än den tredje informanten, ansåg att utvecklingen av mödrarådgivningsverksamheten inte var så långt framskriden ännu när de började arbeta. De upplevde att det var få kvinnor som besökte rådgivningarna och att det var svårt att få de gravida kvinnorna att komma till rådgivningen på besök. De upplevde att verksamheten byggdes upp under en längre tid, t.o.m. flera år, och att utvecklingen gick långsamt framåt. En av dessa två informanter ansåg även att kommunerna satsade olika mycket på rådgivningsverksamheten, beroende på hur nödvändigt de ansåg att den var, till exempel i kommuner där det föddes mycket barn ansågs rådgivningen vara viktig. Samtliga informanter berättade även om moderskapspenningen/-förpackningen, som infördes av staten för att locka fler kvinnor att börja besöka rådgivningen. Tack vare den började kvinnorna småningom förstå att det var en förmån att få komma till rådgivningen. Kvinnorna började själva ta kontakt med barnmorskorna i ett mycket tidigare skede av graviditeten än vad de gjort tidigare. Två av informanterna som hann vara med om att sköta hemförlossningar beskrev även att man i början av deras karriär skötte många hemförlossningar, men att mängden avtog mycket under deras arbetskarriär vartefter sjukhusen började ta emot de födande kvinnorna. Den tredje av informanterna tyckte däremot att hon inte varit med om några större förändringar fram till år 1972, utan att det var ganska likadant som det har varit.

”Inte förstod ju alla mödrar hur viktigt det var det här med att komma till rådgivningen. De hade ju fött barn utan att komma någonstans. Barnmorskan fick söka upp dem då när det var dags att föda. Så att början var ju nog lite sådär.” (3)

”Undan för undan så blev det bättre att de började komma[...]men dåligt var det nog, väldigt länge räckte det, åtminstone hela året innan man fick upp dem, för de kom inte[...]då du var gravid först i början så visade de ju inte sig, inte skall de ju vara och visa magen inte, det var ju som en skam, först då de var tvungna[...]Men då kom det den föreskriften att om de skall få den där moderskapslådan så måste de infinna sig för undersökning före den 16:e veckan, och det var tidigt då de var vana att komma kanske i 9:e månaden.” (2)

”Rådgivningarna byggdes ju nog upp på min tid kan man säga, likadant var det nog på barnsidan också.” (2)

”Annars så var det nog mycket som vi såg att gick framåt, sådana här små steg. Men det var ju nog liksom att bygga upp det.” (3)

”Det var nog moderskapsförpackningen som sporrade först men sen var det nog att man sa ”kom nu ihåg nästa gång” om det var något man tyckte att kanske bör följas upp lite tätare. Så nog var det lite i början att de skulle ”plockas”. Sen började det löpa och de kom självmant, de som kunde. Men det var ju som sagt beroende på omständigheterna, möjlighet och transport, kommunikation och sådant som kunde inverka. Men jag tyckte nog att det löpte riktigt bra.” (3)

”Folk började mera förstå betydelsen av det här och tyckte att det var bra att komma och kontrollera det och fick veta om det ligger rätt och om hjärtljuden hörs bra, och allt sådant.” (3)

Upplevelser av utvecklingen av arbetsplatsen beskrev informanterna med att berätta om hurdana utrymmen för rådgivningsmottagningarna i början var och hur de sedan utvecklades genom att kommunerna byggde kommunalgårdar där man hade skilda utrymmen som var tänkta för rådgivningsverksamheten. Över kommunalgårdarna låg en viss stolthet, trots att det i dessa utrymmen även fanns brister.

”Först for vi till utbyarna, till skolor, och hade både barn och mödravård. Ofta kunde vi vara i lärarens rum i skolorna, eller på något liknande ställe.” (2)

”Fastän inte rådgivningsbyrån var färdig så hade dom ju ordnat med ett ställe för huvudrådgivning som vi då hade en gång i veckan. Men så hade vi ju, på fyra olika ställen i (ort), sidobyråer. Inhyrda hos privata personer, eller på någon skola. Så att varje vecka som vi hade på huvudbyrån, så hade vi också på en sidobyrå, rådgivning.” (3)

”Men nytt rådgivningsställe fick vi ju 1951, då fick vi flytta in i kommunalgården[...]då blev det ju bättre med utrymmet.[...]Där fanns kokvrå och vardagsrum och så ett rum till som skulle föreställa sovrum. Stort var det inte, jag tror att det var 55 kvadratmeter.[...]Men annars så hade vi nog så dåligt, så dåligt så, vi måste ju ha en brits åt mammor till ligga på och vattnet var så dåligt, det var riktigt brunt, och så var det bara kallvatten, fastän det var ett nytt hus.” (2)

”[...]så var det nog i alla kommuner att barnmorskan och hälsosystemen skulle ha bostad[...]i kommunalgården så hade vi rådgivning där, och det var flott ordnat nog. Och då fick både hälsosystemen och barnmorskan varsitt rum. Och så hade vi ett litet laboratorium och stort väntrum då det skulle rymmas både barn och mödrar där. Och då hade vi leksaker åt barnen där som det inte hade funnits tidigare på rådgivningen. Det var ju så smått då så de skulle sitta snällt i moderns famn, speciellt då vi var i privata hem. Det var kanske det också att mödrarna gärna började komma till rådgivningen, speciellt de som skulle ha barnen med sig. Det var -54 tror jag.” (3)

Barnmorskorna beskrev även sina **upplevelser av utvecklingen av redskapen** genom att de berättade vilka redskap de använde när de började, vilka redskap som kom in i bilden under tiden de arbetade eller vilka redskap de inte hann uppleva under tiden de arbetade men som de kände till att har börjat användas efter att de gått i pension.

"Gav ni också sådana injektioner mot immuniseringen?" (respondent) "Jo, sedan då de började med de, men de hade dem ju inte ännu då den här tiden utan det kom ganska sent de." (1)

"Det här är stetoskopen (fetoskopen), så här såg de ut, (se bild 2) dem lyssnade man med. Inte fanns det något annat, det var nog händer och stetoskopet (fetoskopet). [...] Du sätter ju det där på magen jo nä, nog hörs det bra det nog, hur bra som helst." (2)

"Men något ultraljud de hann inte komma på min tid, det är som att jag skulle tycka att det blev nog sen." (2)

"Att det är nog först efter -72 som det har kommit mer som sådan där teknisk utrustning. Att inte hade vi ju en sådan där som då vi lyssnade på hjärtljuden så det var ju med den där tratten (fetoskopet) då. Efter -72 så kom ju allt det här med mödrapolikliniken, ultraljud och sådana saker och att ofta så tog de ju röntgen om de misstänkte något missförhållanden eller så och det var ju kanske inte som så bra alla gånger. Utan nu är det ju ultraljud som gäller." (1)

"Var det ganska där i slutet då du arbetade som de började med det där vattenprovet eller minns du?" (respondent) "Nä det var i slutet då jag arbetade [...]" (2)



Bild 2: Fetoskop i metall som användes för att lyssna på fostrets hjärtljud. Bilden fotograferad vid personlig intervju hemma hos informant 2.

Upplevelsen av det goda samarbetet lyftes fram av alla informanter, speciellt samarbetet mellan kommunalläkaren och -barnmorskan. De kände en trygghet av möjligheten att kunna ringa till kommunalläkaren när de var i behov av läkarkonsultation. Informanterna beskrev också att de hade ett samarbete med kommunalhälsosystemen och att de kunde rådfråga varandra inom rådgivningsarbetet. En av informanterna tyckte att de hade en bra kommunalläkare

”Och så ringde jag ögonaböj till kommunalläkaren och berättade hur det såg ut. Och så sa han: ”Jo, jag är här” han var faktiskt på kommunen men på ett annat stället, ”Men jag fullföljer besöket här så kommer jag på vägen tillbaka”. ” (3)

”Vi hade bra samarbete med kommunalläkaren. Det var bara att ringa om man behövde. Men dock inte i onödan.” (3)

”Och som sagt hade vi alltid gemensamt med hälsosystemen. De hade ju sina barn med som var i den åldern att de skulle till hälsosystemen. Väldigt gott samarbete. Jaa det var en givande tid.” (3)

”Jag behövde vissa mediciner som jag behövde när kvinnan hade fött barn. Och då kom läkaren och hälsosystemen in till mig och det första han gjorde, förutom att hälsa då förstås, var att han frågade vad jag skall ha medicinerna till. Han korsförhörde mig. Fast man kan tycka att det var underligt, men jag förstår honom väldigt bra, han var ju ansvarig så. Och det gick ju nog bra det.” (2)

Upplevelser av arbetet på gott och ont. Informanterna berättade om händelser som skedde på gott och ont, det fanns stunder då man inte kunde påverka det som skedde eller situationer som bara var som de var på grund av det samhälle som varade på den undersökta tiden. Informanterna berättade om folk som levde i både rika och fattiga förhållanden och att det även fanns folk som inte hade just någon utbildning alls. Dessa kunde vara svåra att ge råd åt med tanke på exempelvis bristfälliga resurser av kläder och tillbehör för baby. Att få de som var utbildade att förstå innebörden i vården av den gravida kvinnan och fostret gällande exempelvis hygien och kost, var oftast en utmaning. Barnmorskorna fick även uppleva olika slags överraskningar i arbetet, som t.ex. överraskande tvillingförlossningar och fick höra om kvinnor som hade fött barn utan att de vetat om att de varit gravida, då de inte hade besökt rådgivningen en enda gång under graviditeten. En av informanterna talade också om hur hon upplevde ett etiskt dilemma i och med att vattenprovet började utföras inom mödravården.

”Givande är det, när du for hem från en förlossning och allt har gått bra. Då får man vara nöjd. För skulle det ha gått på tok så då vet jag inte vad man skulle ha gjort. Det är inte så bara att ha ansvar över en annan människa och det där barnet.” (2)

”Visst är det ansvarsfullt, inte kommer man ifrån det, men när man är ung så tror ja inte att man tänker på det på samma sätt. Man hade ju lärt sig under skoltid att sätesläge som man kände till så skulle ju till BB man skulle inte få gå in på det området. Men vem vet inte, inte hade vi varken ultraljud eller någonting, det var bara händerna och stetoskopet som man lyssnade med [...]” (2)

”Hade man någon kontakt med socialen?” (respondent) ”Nå, om det var någonting riktigt sådär, men det var nog sällan tycker jag som att det var något sådant där socialfall att på landet var det kanske lite annorlunda. I de här större städerna kan det kanske ha varit just som den där tiden lite annorlunda. De flesta hade ju nog ändå det i alla fall såhär att det funkade.” (1)

"Den enda nackdelen brukade jag skoja om var ju att dom ville ju nödvändigtvis bjuda på kaffe i varenda gård. Och det där kaffet var ju nog mera som smutsigt vatten, det var så lite bönor på det." (3)

"Ett som jag inte jag har förstått mig på hur de kunde ha, det fanns rika människor, men det fanns så fattiga människor, ni har inte en aning." (2)

"Hur tyckte du det var att jobba på mödrarådgivningen den där tiden?" (respondent) "Det var ju väldigt självständigt, genom att vi ju inte var på ett sådant där ställe där det fanns läkare hela tiden sådär som det är nu på hälsocentralen till exempel[...]" (1)

"Och hon fick tvillingar[...].Ja det var nog en överraskning och allt gick bra." (2)

"Då de började ta vattenprov, och det var ju på gott och ont. Visst är det bra att du vet att inte barnet har något fel, det kommer vi inte ifrån, men vad gör du om du får höra att det här barnet är utvecklingsstört eller är mongoloid eller har några andra fel. Då sätter de mamman i en svår situation. Jag vet inte, vad skall du göra om de säger det." (2)

Upplevelser av efterkrigstida resurser framkom av att informanterna beskrev hur samhället såg ut, att utbildningen hade stannat av, att det var brist på vissa livsmedel, fordon och kläder samt att valutans värde hade rasat. Allt detta påverkade barnmorskan i hennes arbete på olika sätt och det innebar en del begränsningar.

"Det har inte varit någon svensk utbildning under hela krigsåren och hela svenska Österbotten och likadant i Nyland, på de här svenska kommunerna, så var det ju barnmorskebrist[...].Ja det var ju där på -50 talet[...].Under krigsåren så hade de ju inte alls haft någon utbildning inte, inte på svenska[...]" (2)

"Den där tiden var det ju inte så tätt med bilar[...]" (1)

"[...]det var ju som jag sa, fattigt och dåligt med allt möjligt.[...]Det var väldigt stor inflation, så stor inflation så det börjar vara svårt att tänka." (2)

"[...]för det var ju ofta, det var ju inte fattigt kan man ju säga på pengar, men det fanns inte kläder, det fanns ju inga barnkläder inte. Det fanns inga att köpa, men undan för undan så kom det ju sådant där tunt flanell och lite tunnare tyger som de började kunna använda.[...]Det var ju krigstider och allt material som fanns och alla pengar gick ju till Ryssland. Det var så fattigt så, det går ju inte att beskriva det för dem som inte har förstått, nej det går inte. Jaa, det kom nog fram alla gamla kläder på vinden och man sydde och vände fram avigsidan ut och sydde gamla kappor till överhalare åt barnen och allt sådant där[...]" (2)

Barnmorskorna hade även en del individuella **upplevelser av dåtida förhållanden**, men även upplevelser som liknande varandra. Mycket handlade om att man tänkte annorlunda på den tiden. Man handlade även annorlunda gällande praktiska saker, exempelvis fungerade kommunikationen på ett annat sätt. Man ville också gärna göra det bästa för varje medmänniska. Det kunde handla om att åka på några extra hembesök för att se ifall kvinnan och fostret faktiskt mårde väl eller att man fifflade lite med datumen på intygen

som skulle skickas in för att få beviljat och kunna ge ut en mammalåda till någon som egentligen inte hade kommit i tid till rådgivningen. Två av informanterna upplevde att de hade mycket mödrar och förlossningar under tiden de arbetade, den ena hade räknat på ett ungefär att det hade fötts 50 barn per år. En av barnmorskorna nämnde att de gravida kvinnorna inte var så värst insatta i graviditet och sådant den där tiden, men att de ju var mottagliga för information på ett annat sätt än vad kvinnorna är idag. Sedan berättade även barnmorskorna om hur kvinnorna dolde sina graviditeter länge i början, att det var skamligt att visa upp magen. Två av informanterna menade även att det psykiska stödet enbart kunde fås från barnmorskorna som redan hade kontakt med t.ex. de kvinnor som hade fått missfall, eftersom vården inom den mentala hälsan inte var så långt utvecklad ännu på den tiden, i alla fall inte gällande dessa situationer.

”Ja, men inte var ju läkarna sådär som dem är idag inte, man niade dem och de var lite högre upp att man märkte att det var skillnad, att man skulle aldrig ha talat till en läkare på det sätt som man gör idag, varken på BB eller de som var på rådgivningen.” (1)

”Hon födde ju det där barnet, men det där andra barnet satt i andra änden och tittade på. Ja alltså, något sådant hade jag inte varit med om förr och inte något sedan. Ja, inte gjorde det ju något det inte, men inte tycker jag nu att det riktigt passar inte. Ja, och hon hade det så hemskt smutsigt.” (2)

”Innan man lämnade bostaden, så ringde man centralen. Det fanns centraler då i kommunerna som förmedlade telefonsamtalen. Så ringde man centralen och sa vart man är på väg, och eventuellt så blir det ju dit och dit. Så behövde någon barnmorskan så var det centralen som förmedlade. Om inte de fick svar hemma hos mig så ringde de ju förstås centralen, eller så visste centralen, för det skulle via centralen samtalet till mig, att jag var borta. Så de sa direkt att hon inte är hemma utan hon är där och där. Så att då sökte de upp mig, hade de telefon i gården så kom de från närmaste telefon och berättade att de har ringt och behöver barnmorskan där och där. Så det var centralen som ungefär skulle ta reda på var jag fanns.” (3)

”Jag minns bara han som var på kommunalkansliet sa, för vi delade ut lådorna åt dem som hade rätt till dem och hade fått tillstånd, så sa han: ”Men du kan ju sätta ett annat datum åt dem.”, så sa jag: ”Menar du då att jag skall börja ljuga?”. För nog hände det ju att jag kunde sätta en vecka eller två ibland så att de kom in då rätt tid[...]” (2)

Den kommunala barnmorskans egenskaper

Den kommunala barnmorskan under den undersökta tidsperioden var en kvinna med många egenskaper. Hon var en socialt skicklig och godhetsfull själ som värnade om relationen till kvinnan och hennes familj. Hon var mån om att ge kvinnan bästa möjliga vård samt var medveten om att utveckla sin egen kunskap kontinuerligt. Hon var hövlig och finkänslig i sitt arbete samt högaktade normer i kvinnans hem. Temat ”Den kommunala barnmorskans egenskaper” redovisas utifrån subkategorierna **relationen mellan barnmorskan och kvinnan, social kompetens, ta hänsyn och visa respekt och initiativtagande.**

Alla informanter berättade om vilka egenskaper man skulle ha som barnmorska. De kunde berätta hur de själva agerat i olika situationer eller hur de ansåg man skulle vara som barnmorska. De berättade mycket om **relationen mellan barnmorskan och kvinnan** och alla informanter förklarade hur nära man kom mödrarna. En av informanterna beskriver hur hon upplevde att hon blev vän med alla mödrar och då inte bara på en professionell nivå. Hon förklarade även hur man kom vissa familjer speciellt nära att hon kände hur hon nästan blev som en familjemedlem. Hon upplevde att man var välkommen vart man än kom. En annan informant ansåg att det var med hjälp av hembesöken som man kom kvinnan och familjen så nära. Det var endast en av informanterna som berättade om en negativ relation med en kvinna, där kvinnan tyckte att alla parter inom rådgivningen hade fel.

”Man kom dom nära faktiskt. Det var nog inte bara så här professionellt så att säga. Man blev nog riktigt goda vänner med allesammans faktiskt. Så att det var nog verkligen positivt.” (3)

”Man var ju välkommen vart än man kom.” (3)

”Ibland så tycker man ju kanske att man inte gjort någonting som skulle ha varit liksom fel men att ändå kemin inte har funkade. Jag minns en mamma som inte jag liksom alls tyckte att, varför inte funkade det men hon funkade inte med mej och inte med hon andra som var på rådgivningen funkade hon och inte med läkaren heller så inte vet jag då om det var på oss det var fel eller men vi hade fel allihopa.” (1)

Samtliga informanter berättade att det var viktigt att ha en god kontakt med kvinnan. Detta skapade ett förtroende och gjorde att kvinnorna lättare tog kontakt när de behövde hjälp samt att de vågade berätta allt de hade funderat på. En informant förklarade att ska vara lugn och aldrig visa rädsla eller nervositet, på detta sätt skapar man tillit.

”Och alltid när de kom till rådgivningen så berättade dom allt dom hade på hjärtat.” (3)

”Och som sagt det där förtroendet, dom våga liksom berätta allt vad de liksom hade funderat på. Ja de berättade allt förtroligt.” (3)

”Och det som man måste lära sig det också, att man skall vara lugn, du kan tycka att det är något som det inte skall vara, men du får aldrig visa rädslan. Du måste vara lugn, för då får du tillit. Om de ser en att man är nervös, att hur skall det här gå nu, det får du inte visa. Det går inte.” (2)

Social kompetens hos barnmorskan beskrevs, på ett eller annat sätt, av alla informanter som väldigt viktig. De förklarade hur man måste lyssna på kvinnan och ta hennes osäkerhet och frågor på allvar. En av informanterna påpekade hur viktigt det var att hon förklarade så att kvinnan förstod. Hon sade att det inte alltid var så enkelt att få kvinnan att förstå. Hon berättade hur hon hade haft svårt att få några kvinnor att förstå allvaret i vissa situationer och hur hon behövde förklara flera gånger, men att de ändå kanske inte förstod. Samma informant berättade även att man behövde vara uppriktig och berätta sanningen, men på ett ödmjukt och vänligt sätt.

”Jo, det fanns nog mycket sådana, ganska mycket människor så var så, och att få dem övertalade.” (2)

”Men de förstod helt enkelt inte att det var fara, hur du än förklarade så var det nog svårt.” (2)

”Nog försökte man ju liksom, finkänsligt då förstås, säg att hur det skulle gå att ordna.” (1)

Samtliga informanter lyfte fram betydelsen av artighet, att **ta hänsyn och visa respekt**. En av informanterna berättade om en kvinna som varken hade varit på något rådgivningsbesök eller hört av sig under graviditeten eller förlossning, men förklarade hur hon respekterade det. Samma informant hade även haft en gravid kvinna som varit rädd att besöka rådgivningen ifall barnmorskan skulle tycka att hon var för gammal att skaffa barn och att barnmorskan därför betonade vikten av att inte ha förutfattade meningar om någon och visa respekt för kvinnan. Alla betonade specifikt artigheten i samband med hembesöken. Envar berättade om hur de blivit bjudna på oaptitligt kaffe och alla förklarade att de för artighetens skull drack kaffet. En informant berättade även om ohygieniska förhållanden som hon måste förbise för att vara hövlig.

”Jo, jag minns en gång en som kom och var rädd att ja skulle tycka hon var gammal och att jag skulle vara lite arg på henne eller något i den stilen. Men det tyckte jag ju inte liksom, att inte var det ju min sak att bestämma över när hon skulle få barn och det var inte första barnet men i alla fall men jag minns att hon hade riktigt gruvat sig förrän hon kom in på rådgivningen.” (1)

”Och så hade hon det så smutsigt, och något kaffe skulle hon koka. Jag minns jag sa åt (namn), men hur får du ner kaffet? Jag tänker att kaffet är kokat sa hon. För inte kan du ju visa åt människorna att du inte tyckte om det inte.” (2)

”Och det där skulle man dricka, inte tyckte de ju om ifall man tackade nej. Man skulle nog ha en riktigt speciell orsak då för att kunna säga att nu måste jag verkligen iväg. Men annars skulle man nog snällt dricka kaffet. Det var ju inte alltid så gott, men nåå, man fick ju den där vätskan.” (3)

”Men det var på ett ställe där pappan hade tuberkulos. Vi drack kaffe på kvällen, och eftersom det inte var så rikt det där hemmet så var det en del spruckna kaffekoppar. Jag drack inte ur en sprucken kopp med husfadern gjorde det. Och sen på morgonen, när det serverades morgonkaffe, så hade jag den koppen. Vi hade ju lärt oss om sterilitet, så nog fanns det i bakhuvudet, men det skulle ju ha varit fräckt att tacka nej. Och jag hade druckit kaffe på kvällen så jag kunde inte påstå att jag inte dricker kaffe.” (3)

Som kommunalbarnmorska behövde man enligt informanterna vara **initiativtagande**. De hade ett ansvar över kvinnorna och tog själva initiativ och såg till att kvinnorna fick tillräckligt med vård och rådgivning. Man tog hand om kvinnorna utifrån deras hälsotillstånd, en del kvinnor behövde mera vård medan andra behövde mindre. De for på så många hembesök som de tyckte var nödvändigt och kunde fara på flera men kortare visiter för att få reda på hur kvinnan mådde och klarade sig, detta gjorde man speciellt med kvinnor som hade preeklampsi. En av informanterna berättade om hur hon tog initiativ till

att skapa lugn och ro för en kvinna som hade preeklampsi. Under den undersökta tiden fanns inga skilda förberedelsekurser för modern eller föräldrarna, barnmorskan tog själv initiativ till att ta upp förberedelser inför förlossningen och vården av spädbarnet.

”Och då kollade man ju upp dem, det berodde ju på hur hälsotillståndet var, men som t.ex. sista månaden så hade man nog också den tiden att en gång i veckan eller varannan vecka. Det beror ju lite på hur de mår och hur de har det.” (2)

”Och som sagt dom här begynnande tomexierna dom var vi ju nog väldigt uppmärksamma vid. Inte nöjde vi oss då med att dom kom upp till rådgivningen på några kontroller, vi for nog på hembesök då, hem till mamman [...] Så jag kunde ju sticka dit för att kolla hur det såg ut och hur hon mådde.” (3)

”Så jag lade henne i säng och sa åt hennes svägerska som var där att hon får ta hem barnen till henne, för att vi behöver lugn och ro.” (3)

”Men dom mödrar som det var något speciellt med så kallade vi nog in till huvudbyrån. Därför att sidobyrån blev ju ungefär en gång i månaden, så det kunde vi ju inte nöja oss med.” (3)

”Nuförtiden har man ju skilda förberedelsekurser för sådant med det var alltså inbakat i rådgivningen på den där tiden?” (respondent) ”Ja den som ville göra det så ja. Det var inte på det viset att man var tvungen men man ville ju gärna att de skulle vara förberedda och kunna slappna av och andas.” (1)

Professionell utveckling hos barnmorskan var något som samtliga informanter lyfte fram på ett eller annat sätt. De berättade att pga. barnmorskebristen inom kommunerna blev de utbildade för att arbeta ute i kommunerna eller på BB. De kunde gå olika kurser angående mödragymnastik och andning för att sedan kunna ge vidare rådgivning åt mödrarna. Kommunalbarnmorskorna for även vart tionde år på en repetitionskurs för att repetera och förnya kunskapen. Ny kunskap kunde också komma med läkarna som sedan vidarebefordrade kunskapen till barnmorskorna.

”[...]när vi gick så blev vi ju utbildade på det sättet att vi skall arbeta på BB eller på landskommun men vi var väldigt många som for till landsbygden.” (2)

”[...]för det var ju tänkt att vi skulle ut i kommunerna alla, det var en sådan brist i kommunerna. Dom gick i pension och många hade dött bort, så det fanns ju kommuner som inte hade någon barnmorska här i kustbyarna då.” (3)

”Men sen så kom det, man kallade det för mödragymnastik, så kom det., vi hade nog några kurser först om hur det var. Och sen blev det ju då mödragymnastik på annat sätt och den där andningen och det där. Det är ju nästan det viktigaste, inte hjälper ju det om du skriker rakt ut inte.” (2)

”De tog in barnmorskorna på repetitionskurs med 10 års mellanrum för fortbildning. [...] Ja det var kommunalbarnmorskorna som behövde repetera och kanske förnya kunskapen.” (3)

”Och så var det bra för att det året hade vi en svensk läkare, som nog var längre fram på alla sätt, han hade både mödravård och gynekologi. Han hade bland annat med sig en medicin mot toxemipatienterna, en blandning som han gav i form av dropp, så vi slapp att vara rädda att de skulle krampa då de skulle föda, för det var ju det som var det svåra.” (3)

”Var det vanligt att det var läkaren som kom med kunskap om nya sätt att vårda?”
(respondent)

”Ja jag tror nog det var det, de hade ju sina möten ganska tätt. Och konferenser då de delgav varandra kunskap.” (3)

Tolkning av resultat och resultatdiskussion

I detta kapitel kommer vi att göra en tolkning av resultatet mot materialet som använts i bakgrunden. Det tredje temat ”Den kommunala barnmorskans egenskaper” har vi valt att helt och hållet tolka mot teorin av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011).

Den kommunala barnmorskans arbete inom mödrarådgivningen

Rådgivning till den gravida kvinnan gällande ett gott levnadssätt och **handledning** i att vårda och ta hand om sig själv som gravid var något som de intervjuade barnmorskorna tyckte var viktigt att tillämpa i sitt arbete. Detta framhäver även Hoppa (2010, s. 53) där hon beskriver hur omfattande barnmorskans arbete inom mödravården var och att den var avsedd för att redan från graviditetens början säkerställa hälsan för mor och barn. Hon betonar att rådgivningarnas främsta mål var att ge hälsorådgivning, upplysning och vägledning. **Dokumentationen** var enligt informanterna en väsentlig uppgift i arbetet eftersom man fick en överblick av graviditeten vid kommande besök. Man dokumenterade resultaten av de olika kontrollerna och undersökningarna man gjorde för att ta reda på kvinnans och fostrets mående. Även Hoppa (2010, s. 53) nämner att den mödravård som barnmorskan ansvarade för innefattade bland annat ifyllning av rådgivningsböcker och -kort.

Informanterna berättade om de olika **prover och undersökningar** som utfördes för att ta reda på moderns och fostrets tillstånd och för att se hur graviditeten framskred samt för att upptäcka eventuella avvikelser. Hoppa (2010, s. 53) förklarar hur barnmorskan ansvarade för bland annat kontroll av graviditetsstatus samt olika undersökningar och provtagningar. De **vårdmetoder** som användes var utformade enligt den kunskap man hade under den undersökta tidsperioden. Informanterna förklarade hur de agerade enligt den kunskap de hade gällande t.ex. olika sjukdomstillstånd, tillgång till läkemedel och utrustning i sitt arbete. Detta antyder även Schoultz-Ekblad (1997, s. 69). Hon anser att vårdmetoderna var annorlunda och att de även till viss del var oriktiga då man t.ex. hade kvinnan i sängläge under barnsängstiden vilket orsakade en större risk för trombos. Schoultz-Ekblad skriver även om en barnmorska som minns att man uppmanade toxemipatienter att inte äta kött eller salt men rekommenderade dem att dricka Vichy-vatten.

Informanterna berättade hur deras arbete inom mödrarådgivningen förvekligades av både **rådgivningsbesök och hembesök**. De förklarade att de for på ungefär lika många hembesök som kvinnorna kom på rådgivningsbesök. På samma sätt beskriver Schoultz-Ekblad (1997, s. 32–33) att den kommunala barnmorskans arbete bland annat bestod av mottagning och hembesök. Även Hoppa (2010, s. 52) skriver att mödravården verkställdes av barnmorskan på rådgivningsmottagningar samt vid besök till skolor och privata hem. På den undersökta tidsperioden var det inte lika vanligt med egna personbilar som det är i dagens samhälle. De intervjuade barnmorskorna berättade om hur de använde sig av de **färdmedel** som fanns tillhanda. Detta kan relateras till det som Schoultz-Ekblad (1997, s. 17–18) nämner om att stadsbarnmorskan hann med fler hembesök än vad den kommunala barnmorskan hade möjlighet till, eftersom det fanns dåligt med färdmedel och förbindelser.

Informanterna förklarade att den **utrustning** och de olika instrument de använde, för att utföra kontrollerna och vården av kvinnorna, var annorlunda än vad som används i dagens arbete. Det mesta av vårdmaterialet var återanvändningsbart och rengjordes. Även detta framkommer i Hoppa (2010, s. 69) där hon beskriver att barnmorskorna hade med sig en väska innehållande behövlig utrustning i samband med hemförlossningarna. Där fanns bland annat en del läkemedel, instrument som användes vid förlossningen, en blodtrycksmätare, ett tvättfat och en emaljkastrull, vilken användes för att snabbt kunna koka instrumenten för sterilisering. Därtill berättar Schoultz-Ekblad (1997, s. 69) att engångsmaterial inte fanns och att allt skulle rengöras, kokas och steriliseras.

Barnmorskans **ansvarsområde** enligt informanterna var att vårda den gravida kvinnan från inskrivningen på rådgivningen tills att efterundersökningen var gjord. Två veckor efter förlossningen hade hon även ansvar över den nyfödde. Detta kan relateras till vad Hoppa (2010, s. 52) skriver. Hon förklarar att efter lagen 1944 om kommunala rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård, kom barnmorskorna att ha hand om kvinnorna under graviditeten, förlossningen samt att handha den nyfödda två veckor efter förlossningen och mamman i två månader efter förlossningen. Informanterna förklarade att de inte hade några specifika **arbetstider**, utan att de skulle vara tillgängliga dygnet runt. Det fanns angivna tidpunkter för när barnmorskan skulle vara på rådgivningsmottagningen, men utöver dessa tider kunde hon fara på hembesök eller sköta om hemförlossningar. Hoppa (2010, s. 29) skriver även om att kommunalbarnmorskan alltid var i beredskap även när de var hemma, på detta sätt var hon alltid i kontinuerlig jour. Arbetsdagarna berodde på behovet av barnmorskan och det fanns inga angivna arbetstider. Enda gångerna kommunalbarnmorskan var helt ledig var när hon höll sin semester.

Den kommunala barnmorskans arbetsupplevelser

De intervjuade barnmorskorna berättade mycket om de **positiva upplevelserna av arbetet**. De menade att arbetet på rådgivningen var en givande tid och att det gick bra att arbeta som kommunalbarnmorska. Detta kan relateras till Schoultz-Ekblad (1997, s. 50), där hon skriver om hur barnmorskan var djupt tacksam för att hon fått uppleva hemförlossningar,

kunnat hjälpa när ett nytt liv blir till och värna om de nyfödda efteråt. Under intervjuerna med barnmorskorna beskrev de stunder i sitt arbete som vi ansett höra till **negativa upplevelser av arbetet**. Det kunde t.ex. vara de långa avstånden, svårigheter att ta sig fram eller rädslan för blödningar. Detta återges även av Schoultz-Ekblad (1997, s. 58), där hon skriver att risken för blödningar hos mångfödorskor alltid hotade samt att vägarna de färdades oftast var långa och ofarbara. Hon nämner även att barnmorskorna ofta hamnade att utsätta sig själva för fara genom att t.ex. åka över svaga isar eller färdas i isande vinternätter.

Två av informanterna ansåg att **utvecklingen av mödrarådgivningsarbetet** inte var så långt framskriden ännu när de började arbeta. Det var svårt att få de gravida kvinnorna att besöka rådgivningen och besöksantalet var därför litet. De berättade att många kvinnor inte förstod betydelsen av rådgivningen och att moderskapsunderstödet infördes för att användas som lockbete. Detta framkommer även av Schoultz-Ekblad (1997, s. 31), som skildrar att få gravida besökte rådgivningarna och att moderskapsbidraget infördes för att bidra till att öka besöksantalet. Hoppa (2010, s. 55) skriver att skälen till att mödrarna inte besökte rådgivningsmottagningen var bland annat likgiltighet, att de var ovetande om mödravården samt att mottagningen ansågs vara oviktig.

Utvecklingen av arbetsplatsen berättar informanterna genom att förklara hur utrymmen för rådgivningsmottagningarna förändrades under deras arbetsperiod. Detta redogör även Schoultz-Ekblad (1997, s. 31) för då hon beskriver en ökad satsning på rådgivningsverksamheten. Byråer byggdes ut med kommunala och statliga medel, då de tidigare uppbyggts enbart med hjälp av bidrag och stöd. Barnmorskorna beskrev sina **upplevelser av redskapens utveckling**. De berättade vilka redskap de använde och vad som tillkom med tiden. Denna utveckling kan förknippas med det Hoppa (2010, s. 19) skriver om hur barnmorskorna tyckte det var häpnadsväckande att se tillbaka på vilken utveckling som skett gällande instrumenten, läkemedlen och behandlingsmetoderna under deras levnadstid.

Informanterna berättade hur de upplevde ett **gott samarbete** mellan de olika professionerna som barnmorskan hade kontakt med i sitt arbete och hur de kände en trygghet av att kunna ta stöd av varandra. Detta åskådliggör även Hoppa (2010, s. 52) som skriver att verkställandet av lagarna om rådgivningarna ökade och förbättrade samarbetet mellan barnmorskor, läkare och hälsosystrar och bidrog till att de kunde hjälpa varandra i vårdarbetet. Även Schoultz-Ekblad (1997, s. 18) skriver att kommunalläkaren fungerade som ett viktigt stöd för barnmorskan.

Informanterna berättade om händelser som skedde på **gott och ont**. De talade om folk som levde i både rika och fattiga förhållanden och att det skiljde mycket mellan deras möjligheter och tillgångar gällande t.ex. materiella ting, utrymme och utbildning. Barnmorskorna kunde inte heller alltid påverka det som skedde och de hamnade ofta i situationer som bara var som de var på grund av det samhälle som varade på den undersökta tiden. Schoultz-Ekblad (1997, s. 17–18) beskriver att den misär och fattigdom

som rådde i fattiga hem komplicerade barnmorskans arbete. Hon nämner också att barnmorskan ibland utsattes för att utföra uppgifter och ta ansvar över dessa, fast det egentligen hörde till läkarens ansvarsområde, ifall avståndet till läkaren var för långt. Hoppa (2010, s. 56) berättar i sin tur om hur man ansåg att de rika bättre kunde ta hand om sig själva tack vare de ekonomiska förutsättningarna.

Under intervjuerna framkom barnmorskans **upplevelser av efterkrigstida resurser** som rådde i samhället och som påverkade barnmorskan i hennes arbete. Det var t.ex. brist på materiella ting samt inflation. Detta kan relateras till vad Schoultz-Ekblad (1997, s. 83) skriver om hur krigsåren satt spår i samhället: *”Det rådde brist på allt – mat, sjukhusförnödenheter, arbetskraft. Man lärde sig leva på andra villkor”*. Informanternas **upplevelser av dåtida förhållanden** dök då och då upp under intervjuerna. Det handlade i stor omfattning om att man på den tiden tänkte annorlunda, men även handlade annorlunda gällande praktiska saker. T.ex. fungerade kommunikationen på ett annat sätt, när det inte fanns telefoner i varje gård. Detta kan kopplas till vad Schoultz-Ekblad (1997, s. 53) skriver om att det ofta saknades telefon i stugan och hur man då fick sända bud med mannen eller själv fara till närmaste ställe där det fanns en telefon. Informanterna säger även att det var vanligt att kvinnorna dolde sina graviditeter länge i början eftersom man ansåg att det var skamligt att visa upp magen. Detta påpekar även Hoppa (2010, s. 54) som menar att mödrar sedvanligt skämdes över sin graviditet och att de försökte dölja den så länge som möjligt. På grund av att rådgivningsmottagningen ofta låg på en offentlig plats, så undvek mödrarna att besökte den eftersom graviditeten lätt kunde avslöjas till utomstående om någon såg dem på vägen till eller från mottagningen.

Den kommunala barnmorskans egenskaper

Det tredje temat "Den kommunala barnmorskans egenskaper" i resultatet, har vi valt att tolka utgående från studiens frågeställning *”Vad ansågs en god barnmorska ha för egenskaper inom mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972?”*, mot Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) teoretiska studie *”The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery”*. I tolkningen har vi tagit fasta på de fem huvudsakliga faktorerna, som utgör grunden för en god barnmorska enligt teorin. Detta har vi gjort med hjälp av Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) mera ingående beskrivningar av faktorerna i den teoretiska studien.

Angående **relationen mellan barnmorskan och kvinnan** berättade våra informanter hur de kom den gravida kvinnan och hela familjen väldigt nära, inte bara professionellt utan även på ett vänskapligt plan. Kvinnan och barnmorskan hade förtroende för och brydde sig om varandra. Detta tas även upp i en av de fem huvudsakliga faktorer som Halldorsdottir och Karlsdottir (2011, s. 811) beskriver i sin teori. De beskriver den goda barnmorskans professionella vårdande genom att barnmorskan bryr sig om kvinnan om hennes familj på ett professionellt sätt. Barnmorskan ska ha modet att ge av sig själv för att bli delaktig i kvinnans och hennes familjs liv. Vi tolkar utgående från informanternas berättelser att relationen även fanns på en mer personlig nivå under den tidsperiod som

de var verksamma inom sitt arbete än vad vi upplever i dagens mödravård. En informant berättade även att det är viktigt att vara lugn och att aldrig visa rädsla eller nervositet för att skapa tillit. Informanten anser att förtroendet gör att kvinnorna lättare tar kontakt när de behöver hjälp och vågar prata mer öppet med barnmorskan. Detta stämmer överens med Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011, s. 811) förklaring om att barnmorskan behöver vara närvarande i dialoger genom att lyssna och ge respons samt att finnas där för kvinnan både fysiskt och emotionellt för att kvinnan ska kunna lita på barnmorskan och lättare söka hjälp hos henne.

Den **sociala kompetensen** framkom genom informanternas berättelser. De ansåg att det var viktigt att barnmorskan informerade den gravida kvinnan på ett sanningsenligt och finkänsligt sätt. Informanterna tyckte att det var betydelsefullt att få den gravida kvinnan att förstå innebörden i vissa situationer, att ta till sig råd och förstå allvaret när fara hotade. Informanterna förklarade att de som barnmorskor måste kunna lyssna på kvinnan och ta hennes osäkerhet och frågor i beaktande. I Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011, s. 812) förklaring om den goda barnmorskans sociala kompetens, framkommer även de ovannämnda faktorerna. Barnmorskan ska ta initiativ till att ge instruktioner och kommunicera med den gravida kvinnan och hennes familj. Barnmorskan behöver veta hur hon skall ge passande information till den gravida kvinnan på ett förståeligt sätt. Barnmorskan behöver veta hur hon skall möta den gravida kvinnan inom vården. Hon behöver också veta hur hon ger den gravida kvinnan och hennes familj dåliga nyheter på ett hänsynsfullt sätt.

När det kommer till att **ta hänsyn och visa respekt** som barnmorska, lyfte informanterna fram vikten av att vara artig, att ha ett omtänksamt bemötande och behandla alla jämlikt. Speciellt vid hembesöken berättade barnmorskorna att de ville visa sin artighet genom att t.ex. dricka kaffet som erbjöds trots att det inte smakade och att respektera husets invånare och miljö även om de upplevde något vara otillfredsställande. Även i teorin av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011, s. 811) skall den goda barnmorskan i sitt professionella vårdande ha ett etiskt ansvar och visa respekt för den gravida kvinnan. Hon skall inte vara dömande utan respektera kvinnans självbestämmanderätt, hennes beslut samt kvinnans värdighet.

I flera sammanhang yttrade informanterna om att de varit **initiativtagande** i sitt arbete. De arbetade ansvarsfullt och tog initiativ till att ge den information och rådgivning som kvinnorna behövde. Inom mödrarådgivningsverksamheten på barnmorskornas verksamma tid berättade de att det inte ännu fanns skilda förberedelsekurser, utan barnmorskorna tog själva initiativ till att förbereda modern och partnern inför förlossningen och livet som nybliven familj. Barnmorskorna sade även att de ofta tog eget initiativ till att göra fler hembesök till kvinnorna än vad det var tänkt, eftersom de ville försäkra sig om att kvinnans och fostrets/den nyföddes mående var bra. De lyfte även fram att de tog ansvar för att ge bästa möjliga vård som var lämplig för situationen till kvinnan och fostret/den nyfödda, t.ex. när barnmorskan tog initiativ till att skapa den bästa möjliga omgivningen för en kvinna som hade preeklampsi.

Dessa påståenden anser också Halldorsdottir och Karlsdottir (2011, s. 811) vara betydande inom faktorn professionell visdom som utgör en god barnmorska. Barnmorskan skall veta vad hon gör och varför hon gör det. Hon skall kunna tillämpa sin kunskap i verkligheten och ta i beaktande kvinnans behov och vårda henne utgående från dessa. Barnmorskan skall veta hur hon kan skapa en rogivande, bekväm och fridfull plats genom att hon är förutseende och är medveten om miljöeffekternas påverkan på kvinnan. Enligt beskrivningen av att ha professionell visdom skall barnmorskan även vara kritisk och kreativ i sitt tänkande och basera sitt handlande på evidensbaserad kunskap och vara medveten om vikten av forskning inom branschen. Vi anser att barnmorskorna under den undersökta tidsperioden nog var kritiska och tänkte kreativt i sitt arbete, men att de kanske hade mindre tillgång till evidensbaserad kunskap än vad barnmorskan har i dagens samhälle och att de inte var lika medvetna om forskning inom branschen som barnmorskan är idag.

De intervjuade barnmorskorna berättade om hur de **utvecklats professionellt** genom att de hade gått olika kurser gällande t.ex. andningsteknik och för att repetera och förnya kunskapen de redan hade. De sade även att de fått ta del av nya vårdmetoder via läkarna, eftersom läkarna ofta hade delgett varandra ny kunskap under olika möten de varit på och förde med sig nya mediciner när de åkt runt till flera orter. Detta kan relateras till Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011, s. 813) faktor om att ha en personlig och professionell utveckling för att vara en god barnmorska. De anser att den goda barnmorskan skall utveckla sig själv både personligt och professionellt, upprätthålla och utveckla sin kunskap, kompetens och yrkesfärdighet inom sitt arbete.

Kritisk granskning

I studieprocessen har vi flera gånger använt sig av dokument innehållande äldre historiska texter och dokument som varit skrivna på språken engelska och finska, vilka inte är vårt modersmål. På grund av detta kan innebörden av materialets innehåll ha varit annat än vad vi uppfattat det som genom att vi inte alla gånger kanske fullständigt kunnat förstå textens betydelse med de kunskaper vi har inom språket.

Vid urvalet av informanterna påverkade ett antal faktorer att vi valde att begränsa oss till att intervjua endast tre barnmorskor. Våra egna krav vid valet av informanterna var att de skulle ha arbetat inom mödrarådgivningsverksamheten någon gång under tidsperioden 1944–1972, att de arbetat i Österbotten, att de bodde inom rimligt avstånd från oss och att de var svenskspråkiga. Urvalet blev knappt på grund av de potentiella informanternas hälsotillstånd, bortgång eller ovillighet att ställa upp. Vi kan inte anta utifrån våra tre intervjuer att den kommunala barnmorskans arbete inom rådgivningen var likadan i hela Österbotten. Vi har endast fått information hur det var i de tre kommuner där de intervjuade barnmorskorna arbetat. Vi kan dock inte avslöja vilka tre kommuner barnmorskorna varit verksamma i, eftersom deras anonymitet då skulle fråntas. För att få ett bredare urval kunde vi ha valt att intervjua även finskspråkiga barnmorskor, men eftersom vi ville att intervjuerna skulle förlöpa så naturligt som möjligt, uteläts detta

alternativ. Vi kunde även ha intervjuat mödrar som besökt mödrarådgivningen under den undersökta tidsperioden, men valde att inte göra det eftersom vi ansåg att barnmorskan hade mer erfarenhet av mödrarådgivningen och ville studera ämnet ur barnmorskans perspektiv.

Trost (2010, s. 134) påpekar att för att uppnå trovärdighet i samband med intervjun ska man försöka undvika att påverka den intervjuade med sin egen åsikt. Vi märkte vid genomförandet av intervjuerna att det är en utmaning att kunna genomföra en intervju utan att påverka den med våra egna uppfattningar och åsikter gällande ämnet som intervjun handlar om. Efter utförandet av intervjuerna har vi diskuterat tillförlitligheten och vad som har kunnat påverka den. Vi har kommit fram till att en del förutfattade meningar hos oss kan ha påverkat tillförlitligheten på resultatet från intervjuerna både genom oavsiktlig påverkan under genomförandet av intervjuerna, vid analysprocessen av datainsamlingsmaterialet samt vid tolkningen av resultatet. Denna påverkan grundas inte enbart på det vi fått reda på genom skapandet av bakgrunden till studien, utan att även på att de föregående intervjuer som genomförts har kunnat påverka vårt genomförande vid följande intervju. Det faktum att vi hade mer information vid senare intervjuer kan även ha varit något positivt, eftersom vi då bättre visste hurdana frågor vi kunde ställa.

Enligt Trost (2010, s. 134) kan man avgöra trovärdigheten av intervjumaterialet, t.ex. om flera påståendefrågor eller jag-förstår-yttranden har använts under intervjun så är trovärdigheten begränsad. Under intervjuernas gång har vi märkt att vi i vissa situationer styrt intervjun genom att t.ex. på grund av förutfattade meningar ställt intervjufrågan på sådant sätt att man fått det svar man velat höra. Ibland har vi även oavsiktligt fyllt i slutet på en mening som informanten hållit på att säga under intervjun. Dessutom på grund av vår nyfikenhet och vårt intresse av andra områden än det specifika ämnet som studerades i vårt fall, har vi gått in på sidospår som inte gett svar på våra frågeställningar och därmed kanske försummat en del information som vi hade kunnat använda i studien.

I denna studie bör man även ta i beaktande olika egenskaper och fakta om informanterna gällande datainsamlingsmaterialets tillförlitlighet. Eftersom informanterna berättar utgående från vad de minns av deras arbete inom mödrarådgivningsverksamheten kan informationen de delgivit oss blivit förvrängd på grund av att det hänt för en längre tid sedan och att de kanske glömt hur det egentligen var. Informationen kan även informanterna själva ha påverkat genom att de kanske valt vad de berättat och vad de utslutit att berätta åt oss. Detta kan refereras till vad Kinsey och hans kolleger menar (enligt Kvale & Brinkmann, 2014, s. 299) om att validering av informanternas berättelser är att ta i beaktande faktorer som minnet och medveten eller omedveten mörkläggnings. De menar att man under hela intervjuens gång ska vara uppmärksam på strukturen i informantens berättelse.

Vi har även tänkt på att läsaren kanske uppfattar och tolkar innebörden av datainsamlingsmaterialet utgående från de utskrivna citaten på ett annat sätt än vad vi gör. Detta kunde bero på det att vi inte har skrivit ut t.ex. skratt, pauser, förändringar i tonläge

eller vilket ansiktsuttryck informanten haft, trots att vi ändå kanske tagit detta i beaktande vid vår tolkning. Detta påpekar även Kvale och Brinkmann (2014, s. 227) genom att säga att det inte finns någon sann, rättvis omvandling från muntlig till skriftlig form. De menar att ordagranna skildringar från intervjuerna krävs för språklig analys. Innefattandet av upprepningar, pauser och tonlägen är således relevanta för psykologiska tolkningar. De skriver även att man kan belysa nyanser i ett uttalande och göra det lättare för läsaren att förstå meningen av berättelsen genom att ge samtalet en litterär stil.

Kvale och Brinkmann (2014, s. 225) menar att det kan förekomma brister i reliabiliteten vid transkriberingen av intervjun genom vissa faktorer, t.ex. dålig inspelningskvalitet som kan göra att man hör fel eller misstolkar vad som sagts under intervjun eller att man inte alltid kan vara säker på när en informants mening slutar. Detta framkom även under våra intervjuer och vid transkriberingen. I en del situationer har svårigheter med att förstå varandra uppstått på grund av att vi inte fullständigt förstått vad informanten menat, t.ex. vid oavslutade meningar. Vi har inte heller frågat upp vad hon menat alla gånger. Vid genomlysning av de inspelade intervjuerna kan ibland bakgrundsljud, såsom klockor med tickande ljud eller som slagit jämt och spelat upp en melodi samt muller från trafiken, ha lett till att man inte fullständigt kunnat höra vad som sagts.

Fram till det att intervjuerna till studien hade genomförts var de frågeställningarna som vi hade utformat: *“Vilka arbetsuppgifter hade barnmorskan inom mödrarådgivningen åren 1944–1972?”* och *“Hur upplevdes mödrarådgivningsarbetet av barnmorskan under åren 1944–1972?”*. Utifrån datainsamlingsmaterialet som vi fått, framkom även barnmorskornas uppfattningar om hur en god barnmorska var i sitt arbete. Eftersom vår teoretiska utgångspunkt behandlar samma ämne valde vi i detta skede att tillägga en tredje frågeställning, för att komplettera syftet med studien, innan dataanalysprocessen påbörjades. Denna frågeställning är *“Vad ansågs en god barnmorska ha för egenskaper inom mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972?”*. En kritisk aspekt angående detta är att vi kunde ha frågat mera ingående om den goda barnmorskans egenskaper av informanterna om vi hade haft med frågeställningen innan det att intervjuerna genomfördes.

Vi hade inte förutsett att informanterna skulle ta upp så mycket om deras utrustning och redskap i arbetet, vilket kom att ingå som en del i resultatet. Därför har vi inte skrivit desto mera om detta i bakgrunden. Slutligen har vi tänkt på att vi kunde ha valt att benämna informanterna med påhittade namn som är vanligt förekommande i informanternas generation för att få arbetet att upplevas mera personligt av läsaren, istället för att använda oss av benämningarna 1,2 och 3.

Diskussion

När vi har genomfört studien har vi fått en klarare bild av barnmorskans historia. Vi har genom studiens praktiska genomförande fått ta del av intressanta berättelser av äldre, pensionerade barnmorskor. Vi har fått höra om hur de har arbetat och upplevt arbetet på

mödrarådgivningarna, vilket har varit värdefullt att ta till vara på innan uppgifterna går förlorade.

Det som vi märkte redan i början av datainsamlingsprocessen, var att rådgivning och handledning av föräldrarna på ett hälsofrämjande och förebyggande sätt under graviditeten varit och är något som präglat mödrarådgivningsarbetet och stått som grundpelare under hela mödrarådgivningsverksamhetens befintlighet. Vi märker när vi jämför datainsamlingsmaterialet mot materialet i bakgrunden att många föremål och företeelser har följt med sedan startskedet av mödrarådgivningen och tillämpas ännu i nutid. Vi märker även att en del tappats bort under utvecklingens gång, samtidigt som nytt har dykt upp.

De vårdmetoder som användes på den undersökta tidsperioden tyder på att kunskapen om medicinen inte var lika långt utvecklad under åren 1944–1972 som den är idag. Vetskapen om olika läkemedel var inte lika avancerad som den är i nutid, när man tänker på att t.ex. blodtrycksmediciner och medicin mot krampanfall för behandling av gravida med preeklampsi inte fanns under en del av den undersökta tidsperioden. Man försökte istället behandla detta tillstånd genom diet och vila. Även injektioner mot immunisering hos kvinnor som är Rhesus-negativa, var något som började användas vid en senare tidpunkt. Barnmorskorna hade inte heller kunskap som var byggd på den forskningsvetenskapliga evidens som de flesta vårdmetoder baserar sig på i dagens läge, utan de vårdade enligt den kunskap som fanns och de erfarenheter som de hade utvecklat vartefter de arbetade. Som exempel hade de mammorna att vara i sängläge flera dagar efter förlossningen vilket man senare, tack vare forskning, kom fram till att markant ökade risken för trombos, varvid man slutade tillämpa denna vårdmetod.

Vi har också sett en tydlig utveckling av flera undersökningar och kontroller som görs under en graviditet, från den undersökta tidsperioden fram tills idag. Undersökningar med ultraljud och fosterdiagnostik med t.ex. fostervattenprov samt ytterligare screeningar på både mamman och fostret är exempel på sådant som kommit först på senare tid. Däremot finns vissa kontroller som tillämpades redan i mödrarådgivningens startskede och som även används ännu idag. Exempel på dessa är att kontrollera allmäntillståndet, mäta blodtrycket, ta urinprov, väga mammorna, kontrollera svullnader, göra yttre undersökning för att kontrollera fostrets bjudning, lyssna på hjärtljuden samt mäta symfys-fundus måttet för att se hur fostret växer.

Fetoskopet, eller stetoskopet/tratten/luren som informanterna kallade det i intervjuerna, är ett föremål som fallit bort från att ha använts flitigt under den undersökta tidsperioden. På en del platser kan man nog hitta föremålet helt konkret, men det är sällan om inte aldrig i användning. Vartefter de nya tekniska metoderna för att följa med fostrets mående har uppkommit, har användningen av fetoskopet fallit bort. Detta har i sin tur lett till att färre barnmorskor har kunskap om hur man skall använda det. Trots att de nya teknikerna som övervakar fostrets mående fört mycket gott med sig, kan dock fetoskopets bortfall ses som något negativt. Informanterna pratade många gånger om hur man hörde att fostrets

mådde på ett visst sätt. Idag kan man endast höra och följa med frekvensen av fostrens hjärtslag samt registrera värden på fostrens EKG och sammandragningarna hos kvinnan. Men med fetoskopet kunde man förutom frekvensen även urskilja tonen på hjärtljuden och få en bättre uppfattning om fostrets mående. Tack vare lyssnandet med fetoskopet efter eventuella förändringar i tonen kunde man kanske upptäcka försämringar i fostrets mående mycket tidigare, eftersom tonen förändrades redan innan det märktes förändringar i frekvensen av hjärtslagen. Användningen av fetoskopet gjorde att man bättre kunde avvakta och se om fostrets mående blev bättre igen eller om man snabbt behövde inleda åtgärder för att förhindra ytterligare försämring hos fostret.

Vi har efter datainsamlingen diskuterat sinsemellan att vi trodde det skulle vara mer uppdelat vem som arbetade med hemförlossningar och vem som skötte om mödrarådgivningarna men det visade sig att samma barnmorska skötte båda sysslorna. En annan intressant sak som framkom i resultat var också de annorlunda arbetstiderna man hade på den undersökta tidsperioden. Då skulle barnmorskorna alltid vara i beredskap och finnas tillgängliga dygnet runt, vilket gjorde att de aldrig hade några fasta arbetstider och att enda gångerna de var helt lediga var när de höll sin semester. Barnmorskorna levde på så sätt i sitt arbete och den mängd fritid de hade berodde på mängden arbete. I dagens läge jobbar man en utsatt arbetstid och blir ledig när man går hem från arbetet.

Materialet som användes i arbetet under den undersökta tidperioden var också mera simpelt och det mesta var återanvändningsbart. I dagens läge är nästan allt material man använder i vården engångsmaterial och man har haft problem med att det slukat mycket ur ekonomisk synvinkel, speciellt när man inte kunnat hålla sig ifrån att slösa på materialet utan använder en del i onödan. Samtidigt har det bidragit mycket till en minskning av infektioner och smitta, när man kunnat använda helt nytt och sterilt material och inte behövt återanvända samma material på en frisk människa som man använt till en patient med smitta. Därtill har man inte heller behövt rengöra det material man använt på en patient med ev. smitta, vilket även minskat risken för vidare spridning av smittan.

Tystnadsplikten var något som vi märkte av informanternas berättelser att inte följdes på samma sätt som i dagens vårdsamhälle. T.ex. framkom det brister i tystnadsplikten när en av informanterna berättade om hur man på telefoncentralen i princip fick hålla reda på var i byn som barnmorskan befann sig när hon var ut på hembesök. Ifall någon ringde och behövde få tag i barnmorskan kunde de på telefoncentralen säga att hon inte var hemma eller på mottagningen utan att hon var hos den eller den familjen. Det här är något som inte skulle gå för sig inom vårdbranschen idag, men som vi uppfattar var vanligt under den undersökta tidsperioden, och att det var det enda möjliga för att snabbt kunna få tag i barnmorskan om det var nöd. En av informanterna berättade även om hur hon upplevt fostervattenprovtagningen som ett etiskt problem när det började utföras bland de gravida kvinnorna. Hon tyckte det var bra att mammorna kunde få reda på att barnet var friskt men att de satte mammorna i en etiskt svår situation om fostret visade sig ha t.ex. Downs Syndrom eller någon utvecklingsstörning. Detta etiska dilemma och ytterligare

etiska frågor tack vare nya utvecklade undersökningar som medför samma sorts problem, upplever barnmorskorna ännu idag i sitt arbete.

Attityden hos mödrarna vid mödrarådgivningens start var delad. En stor del var skeptiska till mödrarådgivningen eftersom man dittills klarat sig utan den, medan andra var positiva till verksamheten redan från startskedet. Detta kan märkas även i dagens läge i samband med t.ex. invandrare från utvecklingsländer, som är obekanta med mödrarådgivningen från tidigare. Jämförelsen angående invandras attityder till mödrarådgivningen med kvinnornas attityder till mödrarådgivningen i startskedet, kan relateras till vad Jagner (2011, s. 3) skriver. Hon påstår att *”det går att jämföra gruppen kvinnor från utvecklingsländer med Sverige på 1950-talet både vad gäller kvinnans hälsa men också på utbildnings- och hälso-medvetandenivå.”* Vi har utifrån egna erfarenheter även lagt märke till detta i vårdsammanhang i dagens samhälle. Denna företeelse kan bero på att man har andra värderingar samt annan uppväxtmiljö inom olika kulturer och länder. Även bristfällig information kan göra att det finns olika attityder till mödrarådgivningen.

Något som kom fram under intervjuerna, men även i materialet som använts i bakgrunden, var att barnmorskans arbete var väldigt självständigt. Barnmorskan skötte till stor del den gravida och födande kvinnan på egen hand. Även i nutid upplever vi att barnmorskan är självständig i sitt arbete och att hon har en viss stolthet i att klara av att arbeta självständigt. Det fanns även ett visst förhållningssätt till läkaren. En av våra informanter sade: *”Ja, men inte var ju läkarna sådär som dem är idag inte, man niade dem och de var lite högre upp, att man märkte att det var skillnad att man skulle aldrig ha talat till en läkare på det sätt som man gör idag, varken på BB eller de som var på rådgivningen.”*, vilket ger en bra överblick över förhållandet mellan barnmorskan och läkaren på den undersökta tidsperioden. Även i dagens vårdsamhälle upplever vi att det finns en viss försiktighet med att besvära läkaren i onödan. Detta korrelerar till en så kallad vårdhierarki som var mera påtaglig förut och som suddats ut genom åren, men som fortfarande finns kvar fast mera dolt i dagens vårdsamhälle. Däremot har nog förfaringsättet att nia läkaren fallit bort, och på så sätt märks inte känslan av hierarkin lika bra.

Dokumenteringen är något som följt med från mödrarådgivningens startskede. Våra informanter förklarade att de dokumenterade i ett mindre kort som modern fick handha och i ett större kort som fanns på rådgivningen. Detta har följt med till dagens läge då man fyller i ett rådgivningskort, antingen till pappers eller elektroniskt, som modern har tillgång till. I stället för det större rådgivningskortet finns dokumentationsprogram på datorn där man fyller i viktig information. Företeelserna som dokumenterades i korten har i stort sätt haft samma betydelse från mödrarådgivningens startskede tills idag. Man dokumenterar resultat från olika kontroller och undersökningar som gjorts för att hålla reda på moderns och fostrets mående. Dokumentationen gör det också lättare att få en överblick av graviditeten och fostrets utveckling vid kommande besök. Under den undersökta tidsperioden dokumenterade man även för att kunna sammanställa en rapport över arbetet man gjort, eftersom det skulle rapporteras till länsbarnmorskan varje månad. I nutid är det även av stor betydelse att dokumentera det som sagts och gjorts

under ett rådgivningsbesök, för att det skall finnas bevis på vilken vård som getts men också för att kunna utföra statistik över den. Man kan i dagens samhälle fundera över om dokumentationen tar för mycket tid från patientarbetet. Allt ska nog dokumenteras och det kan uppstå svårigheter med de dokumentationsprogram som finns. Var det möjligtvis bättre förr när man inte satte så mycket tid på dokumentationen, eller är det mer fördelaktigt i nutid när allt finns dokumenterat i elektronisk form och tillgängligheten av dokument vid olika vårdanstalter är lättare?

Slutligen har vi upplevt att hembesöken var något som alla informanter pratat gott om. Samtliga förklarade att de tyckte det var roligt att åka på hembesöken och hur de kände att de kom kvinnan och familjen närmare. Hembesöken var också till stor nytta eftersom barnmorskan fick se hurdan miljö den gravida kvinnan bodde i och vilken miljö den nyfödda skulle få komma hem till. Mödrarna tyckte förstås i sin tur att det var lättare då de fick stanna hemma i slutet av graviditeten och efter förlossningen då barnmorskan istället kom hem till dem på besök. Speciellt i de fall när avstånden mellan de gravidas hem och mödrarrådgivningen var långa och det fanns dåligt med färdmedel, så att de ibland hamnade att bege sig långa vägar för att ta sig fram till rådgivningen. Detta förknippar vi med att man i nuläget försvårar situationen för en del mödrar att kunna ta sig till rådgivningarna, när mödrarrådgivningarna centraliseras och avstånden mellan hemmen och stationerna blir allt längre. Detta görs istället för att som tidigare ha fler mindre rådgivningsstationer ute i byarna eller göra mer hembesök. Att visa respekt och vördnad inför hemmet och den gravida är dock något som barnmorskan ännu idag behöver ta i beaktande och tillämpa i sitt arbete.

Vi planerar att ta reda på mer om vården genom hembesöken i sitt utvecklingsarbete, för att kanske kunna få upp ögonen för dessa besök igen bland arbetare inom vården. Vi skall försöka hitta mer information om hur barnmorskorna på den undersökta tidsperioden såg på hembesöken, hur de genomförde dessa samt vad som var bra och dåligt med hembesök. Vi vill försöka lyfta fram betydelsen av hembesök och att man kanske kunde sätta mer vikt på dessa igen i dagens mödrarrådgivning, särskilt med tanke på att mödrarrådgivningsmottagningarna centraliseras och att hembesöken kanske riskerar att försvinna.

Fortsatt forskning inom detta ämne kunde göras till exempel gällande mödrarrådgivningsverksamheten i städerna på den undersökta tidsperioden i Österbotten och därtill göra en jämförelse om det fanns någon skillnad mellan kommunal- och stadsbarnmorskornas arbete i våra trakter. Man kunde också undersöka vidare på vilket sätt barnmorskorna tog sig fram till hemmen när de for ut på sina besök eller vilka och hurdana redskap som användes av barnmorskorna i deras arbete. Även en undersökning av etiken inom mödrarrådgivningsarbetet under den undersökta tidsperioden kunde vara en eventuell vidareforskning.

Källförteckning

- Ainola, P., 2013. "Säästyty siten lapsia ja äitejä." *Synnytyksien siirtyminen kotoa sairaaloihin. Synnytyksen laitostumisesta käyty keskustelu synnytyksen ammattilaisten lehdissä 1935-1959*. Helsingfors: Pro gradu-avhandling för examen inom ekonomi- och socialhistoria. Helsingin yliopisto, samhällsvetenskapliga fakulteten.
- Danielson, E., 2012. Kvalitativ innehållsanalys. i: M. Henricson red., *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. U.o.: Studentlitteratur.
- Dictionary.com, 2015a. *Empower*. [Online] www.dictionary.reference.com [hämtat: 7.10.2015].
- Dictionary.com, 2015b. *Good*. [Online] www.dictionary.reference.com [hämtat: 7.10.2015].
- Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107–115.
- Fellman, I., 2015. *Moderskapsförpackningen finns bara i Finland*. [Online] www.svenska.yle.fi [hämtat: 18.5.2015].
- Folkhälsan, 2015. *Folkhälsans historia*. [Online] www.folkhälsan.fi [hämtat: 11.10.2015].
- Folkhälsan, 2015. *För hälsa och livskvalitet*. [Online] www.folkhälsan.fi [hämtat: 11.10.2015].
- Folkpensionsanstalten (Fpa), 2012. *Moderskapsunderstöd och moderskapsförpackningen*. [Online] www.kela.fi [hämtat: 18.10.2015].
- Folkpensionsanstalten (Fpa), 2013. *Ett stöd i livets alla skeden*. Helsingfors; Erweko
- Folkpensionsanstalten (Fpa), 2015. *FPA-statistik | Förmåner till barnfamiljer 2014*. Helsingfors.
- Forskningsetiska delegationen (TENK), 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012.
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I., 2011. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011(25) s.806–817
- Harjula, M., 2007. *Terveyden jäljillä: suomalainen terveystoiminta 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University.
- Helsingfors universitet, 2003–2005. *Kejsarliga Alexanders Universitetet i Finland 1809–1917*. [Online] <http://www.helsinki.fi/yliopistonhistoria/svenska/kejsarliga.htm> [hämtat: 2.10.2015].
- Henricson, M. & Billhult, A., 2012. Kvalitativ design. i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. U.o.: Studentlitteratur.
- Hoppa, K., 2010. *Paarmuskoista koulutettuihin kättilöihin. Kunnankättilön työ sekä raskauden seurannan ja synnytyksen medikalisoituminen Pohjois-Suomessa vuosina 1900–1960*. Åbo: Pro gradu-avhandling för etnografie examen. Turun yliopisto, institutionen för historie-, kultur- och konstforskning.
- Ihme, A. & Rainto, S., 2014. *Naisen terveys*. Porvoo: Bookwell Oy.
- Institutet för hälsa och välfärd, 2011. *Historia*. [Online] www.thl.fi [hämtat: 3.11.2015].
- Jagner, Å., 2011. *Mödrhälsovård i förort. Barnmorskan i mötet med invandrare*. Göteborg: examensarbete för kandidat. Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa.
- Kjellström, S., 2012. Forskningsetik. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. U.o.: Studentlitteratur.
- Korppi-Tommola, A., (u.å.)a. *Maitopisarayhdistys – neuvolan synty*. [Online] www.ylppo.fi [hämtat: 17.10.2015].
- Korppi-Tommola, A., (u.å.)b. *Neuvontatyö alkoi 1890-luvulla*. [Online] www.ylppo.fi [hämtat: 10.10.2015].
- Kvale, S., & Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB
- Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL), (u.å.)a. *Historia*. [Online] www.mll.fi [hämtat: 11.10.2015].
- Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL), (u.å.)b. *Information om Mannerheimin Barnskyddsförbund*. [Online] www.mll.fi [hämtat: 11.10.2015].
- Nationella expertgruppen för mödravården, 2015. Handbok för mödrarådgivningen i: R. Klemetti & T. Hakulinen-Viitanen red., *Nationell rekommendation. Institutet för hälsa och välfärd*. Tammerfors: Juvenes Print - Finlands Universitetstryckeri Ab.
- Nationalencyklopedin (NE), 2015. *Apartheid*. [Online] www.ne.se [hämtat: 7.10.2015].
- Nordisk familjebok, andra uppl., 1906. *Collegium medicorum*. [Online] <http://runeberg.org/nfbc/0292.html> [hämtat: 2.10.2015].
- Nordisk familjebok, andra uppl., 1912. *Medicinalstyreslen*. [Online] <http://runeberg.org/nfbq/0752.html> [hämtat: 2.10.2015].
- Oinas, E., Nikkonen, M. & Pietilä, A-M., 1999. A midwife-public-health nurse's work in northern Finland 1950–87. *International Journal of Nursing Practise*, 1999(5) s. 116–122
- Oxford Dictionaries, 2015. *Interpersonal skills*. [Online] www.oxforddictionaries.com [hämtat: 7.10.2015].
- Perälä, P., 2012. *Kansanapu auttaa sodan keskellä*. [Online] www.yle.fi [hämtat: 11.10.2015].

Schoultz-Ekblad, B., 1997. *Med änglars tålamod: en idéhistorisk vandring på barnmorskans arena*. Vasa: Pro gradu-avhandling för examen inom vårdvetenskap. Åbo Akademi, fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier.

Social- och hälsovårdsministeriet (STM), 2013. *Barn- och familjepolitiken i Finland*. Helsingfors: Finlands Universitets tryckeri Ab.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM), 2007. *Seksuaali- ja lisäätymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011*. Helsinki: Yliopistopaino.

Statistikcentralen, (u.å.). *Perinatal dödlighet*. [Online] www.stat.fi [hämtat: 14.10.2015].

Statsrådets kansli, u.å. *Freden i Fredrikshamn*. Nationen 1809 växer fram. [Online]

www.1809.fi/haminan_rauha/sv.html [hämtat: 2.10.2015].

Svenska folkskolans vänner (SFV), (u.å.)a. *Folkhjälpen*. [Online] www.uppslagsverket.fi [hämtat: 11.10.2015].

Svenska folkskolans vänner (SFV), (u.å.)b. *Inbördeskriget*. [Online] www.uppslagsverket.fi [hämtat: 14.10.2015].

Svenska folkskolans vänner (SFV), (u.å.)c. *Socken*. [Online]

<http://uppslag.kaapeli.fi/bin/view/Uppslagsverket/Socken> [hämtat: 2.10.2015].

Tauriainen, S., (u.å.). *Kuukauden esine – Toukokuu 2013. Vappukukka*. [Online] www.kansallismuseo.fi [hämtat: 10.10.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2014. *Historia. Neuvolatoiminnan kehittyminen*. [Online] www.thl.fi/fi/ [hämtat: 19.10.2015].

Trost, J., 2010. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2012–2014. *Forskningsetiska delegationen*. [Online] www.tenk.fi [hämtat: 12.11.2015].

Finlands författningssamling

Folkhälsolag 28.1.1972/66 www.finlex.fi [hämtat: 15.10.2015].

Hälsa- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326 www.finlex.fi [hämtat: 14.1.2016].

Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 6.4.2011/338 www.finlex.fi [hämtat: 19.10.2015].

Muntliga källor

Personlig intervju med pensionerad barnmorska, 7.9.2015. *Informant 1*.

Personlig intervju med pensionerad barnmorska, 15.9.2015. *Informant 2*.

Personlig intervju med pensionerad barnmorska, 17.9.2015. *Informant 3*

Bilaga 1 Barnmorskeutbildningens historia innan 1926

Den höga barndödligheten i slutet av 1600-talet blev en utmaning för barnmorskorna, vilket ledde till att alla som arbetade som barnmorskor i Sverige-Finland beordrades genom ett kungligt brev, att stå under övervakning av det medicinska rådet Collegium Medicum²⁰. Den medicinlag som utkom år 1688 innehöll en bestämmelse om att de som arbetade som barnmorskor var tvungna att ta en barnmorskeexamen och svära barnmorskans ed. Den första kungörelsen som innehöll barnmorskeföreskrifter publicerades år 1711 i det då sammanslutna Sverige och Finland. Enligt den kungörelsen skulle de som hade för avsikt att bli barnmorskor vara gifta, plikttrogna och djupt troende. De skulle ha ett gott rykte och ett bra namn. De skulle vara runt 40 år och ha ett lugnt temperament och vara tålmodiga, de skulle inte heller vara lättskrämda eller ha liberala åsikter. Om man ämnade bli barnmorska skulle man inte vara kraftigt byggd eller fet, utan ha små händer, långa fingrar och smala armar. Det var också önskvärt att man kunde läsa böcker för att kunna vidareutveckla sin kunskap (Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999, s. 116–117).

År 1777 publicerades en föreskrift för hela det svensk-finska kungariket med avsikten att få åtminstone en utbildad barnmorska i varje socken²¹. Efter Freden i Fredrikshamn 1809²² inleddes år 1816 barnmorskeutbildningen i Finland. Den första skolan fanns i klosterkvarteret i Åbo. Efter den stora branden i Åbo, flyttades utbildningen år 1833 till Helsingfors och fortsatte under ledning av Kejsarliga Alexanders Universitetet i Finland²³. Enligt barnmorskeföreskriften år 1859, räckte utbildningen till barnmorska 2 år, tillhandahölls enbart på finska språket och barnmorskorna fick i samband med barnmorskeföreskriften även börja ge vaccinationer. Den finskspråkiga barnmorskeutbildningen i Finland ökade kraftigt mängden utexaminerade barnmorskor, men socknarna var ändå inte ivriga att anställa barnmorskor (Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999, s. 117).

²⁰ Collegium Medicum var initialt i Sverige-Finland en slags läkarförening, som under Karl XI:s tid inrättades på initiativ av några läkare i Stockholm. Föreningen ämnade ordna läkarvården samt läkarnas ställning, särskilt i huvudstaden, och att sätta stopp för den bristfälliga läkarvård, som erbjöds i allmänheten av kringresande luredrejare. År 1688 moderniserades och förbättrades medicinalordningarna så att det började gälla hela medicinalväsendet i riket. Kollegiet skulle övervaka och hålla koll på apoteken, arbeta fram medicinaltaxan (det fastställda pris som apoteksförsäljningen ej fick överstiga), ha uppsikt över barnmorskorna m.m. I slutet av 1700-talet utvidgades verksamheten ytterligare genom förnyade instruktioner, så att det fick styra dels över vissa delar av läkarutbildningen, dels över förvaltningen av sjukvården, den civila såväl som den militära. Även hälsovård skulle höra till kollegiets verksamhet. Efter att Finland blev ryskt storfurstendöme år 1809, instiftades år 1811 ett Collegium Medicum i Åbo för att bedriva övervakning av den finländska läkarkåren. Collegium Medicum verkade med samma namn fram till år 1878, då det ersattes med finländska Medicinalstyrelsen (Nordisk familjebok, 1906, s. 531–534; Nordisk familjebok, 1912, s. 1435–1438).

²¹ Socken, innebar i Skandinavien och Finland, den minsta kyrkliga begränsade enhet med präst och egen kyrka, till vilken folkmassan sökte sig och betalade skatt i form av en tiondel av det som jordbruket producerade. Socken i Finland bestod vanligen av ett naturligt avgränsat område, en bygdegemenskap med en egen kultplats och ett eget ting. I de nya bygderna i Nyland och Österbotten, samt i de glest befolkade inre och norra delarna av landet, kunde socken innebära den första samhälleliga sammanslutningen. Man hade s.k. sockenting, vilka fungerade som kommunal självstyrelse. Då förordningen om kommunalförvaltning kom år 1865 bildades landskommunen, medan man i kyrkliga sammanhang i stället började tala om församlingar. På landsbygden användes ändå uttrycket socknen i det allmänna språkbruket ännu en lång tid framöver (SFV, (u.å)c).

²² Freden i Fredrikshamn undertecknades den 17 september 1809 och trädde i kraft den 13 oktober 1809. Freden förde med sig ett helt nytt utgångsläge för Finlands ställning, och kom att bli startgropen för det självständiga Finland. För Finland innebar frånträdandet till Ryssland en början på provinsieell uppblomstring (Statsrådets kansli, uå).

²³ Efter att Finland fördes samman med det ryska kejsardömet 1809, utvecklade kejsaren Alexander I universitetet. Landets främsta utbildning flyttades år 1828 till Helsingfors, som var storfurstendömet Finlands nya mittpunkt för förvaltningen. I Kejsarliga Alexanders Universitetet använde man sig av vetenskapliga metoder för att forska om människan och den natur som omgav henne. På 1800-talet utvecklades den teoretiska forskningen från samlingsfokuserad till att bli mer experimenterande, erfarenhetsmässig och analytisk forskning. Denna utveckling ledde till specialisering och vidare till grundandet av nya undervisningsämnen. Universitetet motsvarar idag Helsingfors Universitet (Helsingfors Universitet, 2003–2005).

Bilaga 2 Information om studien, informerat samtycke till deltagande samtycke och intervjuguide

Vi är två barnmorskestuderanden från Yrkeshögskolan Novia i Vasa som kommer att göra en studie angående mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten. Studien är det examensarbete som vi gör för att få vår barnmorskeexamen. Därför har vi nu valt ut att fråga just Er om Ni kan tänka Er att vara med på en intervju angående ämnet, eftersom Ni har varit verksam inom mödrarådgivningsarbetet under den period som vi valt att undersöka i studien.

Intervjuerna kommer att bli materialet som vi studerar i vårt examensarbete. Vi kommer att skriva ner intervjuerna till text och analysera dem för att få svar på vårt syfte med studien. Eventuellt kommer vi även att sätta in direkta citat från intervjun för att belysa arbetet.

År 1816 grundades den första barnmorskeutbildningen i Åbo. Den 1 november 2016 fyller därför Finlands Barnmorskeutbildning 200 år. Alla barnmorskestuderande i Finland har i samband med detta fått ett beställningsarbete från den kommitté som kommer att ordna ett jubileumsseminarium för utbildningen i samband med barnmorskedagarna 5–6 maj 2016, i Åbo. Projektet går under temat "Den utbildade barnmorskan med dig i 200 år".

Det övergripande syftet med projektet är att alla barnmorskestuderanden skall beskriva barnmorskans profession och roll i samhället genom tiderna. Studien skall göras ur ett finländskt perspektiv och i mån av möjlighet koncentrerat till Österbotten. Vår studie går under delprojektets rubrik "Barnmorskan som samhällspåverkare". Syftet med vår studie är att beskriva mödra-rådgivningen under åren 1944–1972 och våra frågeställningar är: "Vilka arbetsuppgifter hade barnmorskan inom mödrarådgivningen åren 1944–1972?" och "Hur upplevdes mödra-rådgivningsarbetet av barnmorskan under åren 1944–1972?". Att undersöka mödrarådgivningen under åren 1944–1972 har vi valt eftersom att rådgivningstjänsterna blev lagstadgade år 1944 och året 1972 lades ansvaret för mödrarådgivningen över från barnmorskorna till hälsosystrarna. Intervjun vi kommer att genomföra är semistrukturerad, vilket innebär att vi ställer en del öppna frågor, som Ni får svara fritt på, samt att vi under intervjuns gång kan ställa tillägsfrågor angående de saker Ni berättar om, så att vi kan få en djupare förståelse om hur fenomenet tedde sig på den tiden. Intervjun kommer att spelas in så att vi lättare skall kunna gå igenom materialet efteråt, att det blir sanningsenligt och så att inte någon information faller bort.

Ni deltar frivilligt i intervjun och har rätt att när som helst avbryta intervjun, att dra Er ur och Ni behöver inte besvara alla frågor. Ni har rätt att läsa intervjun efteråt om så önskas. Ni kommer att vara anonym, inga personuppgifter kommer att användas. Inspelningen kommer efter behandlingen att förstöras.

De intervjufrågor vi har tänkt ställa Er är följande:

Berätta om Er, ditt namn och kort om din bakgrund.

Var och när fick Ni Er utbildning?

Var och när har Ni arbetat?

Hur var det att arbeta på mödrarådgivningen den tiden?

Berätta om Era arbetsuppgifter?

Kommer Ni ihåg någon speciell händelse/kvinna?

Minns Ni något som var speciellt svårt eller negativt inom rådgivningsarbetet?

Upplevde Ni något som var speciellt positivt med rådgivningsarbetet?

Minns Ni om och hur mödrarådgivningen förändrades under den tid Ni arbetade?

Vi önskar att Ni läser igenom frågorna och förbereder Er inför den kommande intervjun. Om Ni möjligtvis har sparat föremål som kan vara av intresse för oss gällande studien, t.ex. arbetsredskap, barnmorskedräkt, foton eller dylikt, så får ni gärna visa och berätta om dem när vi kommer för att intervjua Er. Känner Ni till någon annan barnmorska som jobbat inom mödrarådgivningen någon gång under tiden 1944–1972, får Ni gärna tipsa oss om henne.

Vänliga hälsningar barnmorskestuderande,

Linda Hinds tel.nr. 050 4370704 Sandra Landgårds tel.nr. 050 4686335

Handledande lektor Anita Wikberg tel.nr. 06-3285326

Poster: Hembesöken – Kommunala barnmorskors erfarenheter under åren 1944–1972 i Österbotten

HEMBESÖKEN

KOMMUNALA BARNMORSKORS ERFARENHETER UNDER ÅREN 1944-1972 I ÖSTERBOTTEN

1.11.2016

Författare: Linda Hinds & Sandra Landgårds

Handledare: Anita Wikberg

Mycken tid i hemmen

"Vi for ju mycket den där tiden omkring till hemmen, till mammor." (2)

"I åttonde, nionde och tionde månaden så gjorde jag ju oftast hembesök." (1)

"En förlossning, ibland kunde det gå på en liten stund och ibland på mycket längre, upp till två dygn kunde det ju bli. Men i regel kunde man säga mellan fem och åtta timmar, det var ju nog det vanligaste." (2)

Alltid i tjänst

"Men före -72 så hade vi arbetet dygnet runt, du hade ingen arbetstid, du var i beredskap hela tiden." (2)

"Men däremot så for jag en juldag. Jag hade precis fått julmiddagen färdig och vi hade gäster. Men då var det nog bara att ta kappsäcken och fara, och lämna maten på bordet och gästerna ensam." (3)

Färden till hemmet

"En privatbil hade de inte, bara taxi. Så att inte hade de ju möjlighet de här mammorna, att inte var det bara som att sticka iväg till rådgivningen. Så det var nog nästan så att vi hade större möjligheter, inte för att vi hade varken bil eller buss, jo buss kunde vi anlita ena vägen men då skulle vi ha cykeln med oss." (2)

"Jag har till och med hunnit fara över isen i slutet på april riktigt kring vappen." (2)



Foto: Pixabay, Creative Commons CCO

I hembesöksväskan

"Joo, vi hade ju en hembesöksväska. Vi hade till och med stickbäcken i den, en modell mindre. Och så fanns där allt vad vi behövde ungefär." (3)

"Jag hade en blodtrycksmätare i väskan." (2)

"Då vi lyssnade på hjärtljuden så det var ju med den där tratten." (1)



Foto: taget och redigerat av Hinds & Landgårds

Att arbeta i hemmet

"Det var ju mycket som spelade in, alltså ekonomi, boende och saker så att man måste ju ta hänsyn liksom till helhetsbilden." (1)

"Det var ju bra på många vis, för man fick ju se liksom hur de hade förberett sig, hur de hade ordnat för barnet med säng, korg och kläder samt annan utrustning." (1)

"Jag har nog hunnit bada barnen i ett tvättfat också, och det har gått också om det inte har funnits något annat." (1)

Att handha den gravida

"Hembesöken var ju nog mera det här att se hur de mädde så här fysiskt, själva mamman, och hur hon klarade av vardagen." (3)

"Dom här begynnande tomexierna, inte nöjde vi oss då med att dom kom upp till rådgivningen på några kontroller. Vi for nog på hembesök då." (3)

"Så gick man igenom andning och avslappning och försökte förbereda dem inför förlossningen." (1)

Dags för förlossning

"Då när de fick verkarna så ringde de och så for man på den förlossningen." (2)

"Det värsta som ju kan hända så är ju blödning då du är ensam med en förlossning, allt annat går." (2)

"Jag tänkte att fadern kunde fara med hästskjuts och hämta doktorn. Som tur var så blödde mamman inte, utan det var placentan som hade lämnat. Men nog var det ju bråttom för det." (3)

Hos modern i barnsängstid

"Efter förlossningen då for man ju på hembesök och kollade då episiotomi, ruptur, avslag, livmoderstorlek och -konsistens, hur amningen funkade." (1)

"Så hade man ju den här barnavården, man badade ofta barnet där hemma då första gången och så andra gången så såg man på då de badade barnet själva." (1)

"Så gav man ju preventivrådgivning." (1)



Foto: s. 23 i broschyren "Till en mor" skriven av Rakel Jalas

I god sämja

"Man var ju välkommen vart än man kom." (3)

"Man fick ett förtroende av dom här mödrarna. Man kom dom nära faktiskt." (3)

"Man blev nästan som familjemedlem i huset, vänner för livet." (3)

Abstrakt för poster Hembesöken – Kommunala barnmorskors erfarenheter under åren 1944–1972 i Österbotten

Bakgrund

Studiens bakgrund är examensarbetet *Den kommunala mödrarådgivningsverksamheten under åren 1944–1972 i Österbotten* (Hinds & Landgårds, 2016). I examensarbetet intervjuades tre pensionerade barnmorskor som arbetat inom mödrarådgivningen någon gång under denna tidsperiod. I resultatet framkom bl.a. att hembesöken var ytterst väsentliga och ingick som en del av barnmorskornas arbete inom mödrarådgivningsverksamheten. Båda studierna har gjorts med anledning av barnmorskeutbildningens 200-års jubileum år 2016.

Undersökningsfrågor

Frågeställningen är "Hur upplevde kommunala barnmorskor hembesöken under åren 1944–1972?",

Metoder

Metoden är sekundäranalys på tre transkriberade intervjuer med barnmorskor som arbetat inom mödrarådgivningen under åren 1944–1972. Forskningsetiska riktlinjer har beaktats.

Resultat

Resultatet presenteras i en poster. Till den kommunala barnmorskans arbetsuppgifter hörde att ta hand om mödrarådgivningen på mottagningen, som i början fanns i barnmorskans hem, göra hembesök och sköta hemförlossningar. De var i tjänst dygnet runt. Barnmorskorna gick till fots eller åkte cykel, hästskjuts, buss eller någon gång taxi. I hembesöksväskan fanns all utrustning de behövde. Att se hur mödrarna bodde gav barnmorskan en helhetsbild av situationen. Många familjer var fattiga. Barnmorskan kontrollerade hur modern mådde och vid behov gjordes täta besök. De förberedde också kvinnan inför förlossningen. Barnmorskorna blev kallade till hemmen då förlossningen började. Emellanåt förekom komplikationer såsom blödningar och ibland tillkallades läkare. Efter förlossningarna gjordes nya hembesök för att sköta de nyförlösta mödrarna, de nyfödda och diskutera preventivrådgivning. Barnmorskorna var välkomna och fick förtroende i hemmen.

Konklusioner

En stor del av den kommunala barnmorskorskans arbete utgjordes av hembesök. Både mödrarna och barnmorskorna uppskattade hembesöken, barnmorskan fick en bättre kontakt med familjerna och mödrarna hade ofta svårt att ta sig till rådgivningen utan bil. I och med Folkhälsolagen 1972 övertogs barnmorskans rådgivningsarbete av hälsovårdarna och förlossningsvården överfördes på sjukhusen.

Att förlösa i oljelampans sken – från hemförlossning till förlossningssjukhus – bärande idéer och tankeströmningar kring barnmorskans arbetsförhållanden under åren 1930-1960

Sandra Lybäck och Karoliina Koivurinne

Inledning

För oss som barnmorskestuderande känns barnmorskans historia, tidigare arbetssätt och tidigare arbetsförhållanden som en spännande saga. Det är svårt att förstå att barnmorskorna har klarat av alla de utmaningar som yrket har bjudit på. Vi försöker fantisera hur barnmorskorna tog sig fram med hjälp av t.ex. sparkkälke eller häst mitt i smällkalla vintern för att hinna fram till en födande kvinna eller hur de förlöste kvinnor i primitiva hemförhållanden. Dessa scenarion känns mycket avlägsna för oss i dagens välfärdssamhälle, där förlossningssalarna är välutvecklade och en sparkkälke eller en häst hör till sällsyntheter i trafiken.

Tanken går automatiskt till hur det hade sett ut för oss, ifall vi hade studerat till barnmorskor för 80 år sedan, hur annorlunda skulle inte våra arbetsförhållanden ha varit då. Hade vi klarat av att ge så stor del av vårt liv, vår kropp och vår själ för att kunna utföra vårt drömyrke?

I denna studie vill vi ta med er på en historisk resa ca 85 år tillbaka i tiden. Vi kommer att fördjupa oss i idéerna, tankesätten och tankeströmningarna som fanns inom barnmorskeyrket under tiden när den största förändringen i övergången från hemförlossningar till sjukhusförlossningar ägde rum.

I studien ligger fokus på barnmorskans arbetsförhållanden i hela Finland. Materialet tangerar hur arbetsförhållandena påverkades av bland annat krigstidsåren samt hur arbetsförhållandena varierade för de barnmorskor som arbetade på förlossningsanstalterna och bland de kommunala barnmorskorna som arbetade i olika hemförhållanden. Som det framkommer i vår studie påbörjades övergången från hemförlossningar till sjukhusförlossningar redan i början av 1900 talet. Vi har dock valt att koncentrera oss på åren 1930-1960. Det var under dessa årtionden som den största övergången ägde rum och i slutet av denna period var en stor del av förlossningarna förflyttade till sjukhusen.

Det är av stor vikt att veta sitt yrkes ursprung. Med hjälp av denna studie hoppas vi kunna ge, såväl arbetande barnmorskor som barnmorskestuderande samt även dem som inte är insatta i barnmorskearbetet, en överblick i hur barnmorskornas arbetsförhållanden kunde se ut under denna tidsepok.

Inom detta yrkesområde är det viktigt att utvecklas och vi vill se närmare på den enorma utveckling som barnmorskeyrket har genomgått. Det arbete barnmorskors utför idag grundar sig på de förändringar som har ägt rum i Finlands barnmorskehistoria.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att sammanställa de bärande idéerna och tankarna, som framkommer i barnmorsketidningen Kättilölehti, kring arbetsförhållandena under tiden för övergången från hemförlossning till förlossningssjukhus. Vi är intresserade av att ta reda på hur barnmorskans arbetsförhållanden såg ut i början på 1930-talet fram till 1960-talet. Fokus ligger på denna tidsepok eftersom övergången från hemförlossning till sjukhusförlossning förverkligades till största del under dessa årtionden. Vi har valt att koncentrera oss på material som rör barnmorskornas arbetsförhållanden inom förlossningsvården.

Redan vid påbörjandet av denna studie hade vi en öppen syn på studiens utveckling och var beredda på att frågeställningarna kunde förändras under arbetet med det valda materialet. Efter grundlig genomgång av materialet valdes följande frågeställningar.

1. Hur beskrevs den kommunala barnmorskans arbetsförhållanden?
2. Hur beskrevs arbetsförhållandena för de barnmorskor som arbetade på förlossningsanstalter?

Teoretisk utgångspunkt

Vi kommer att använda oss av Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) teori som studiens teoretiska utgångspunkt. Halldorsdottir Sigridur och Karlsdottir Sigfridur Inga skrev artikeln: *The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery*. De formar här en teori som poängterar vad som gör en barnmorska till en god barnmorska, hur en barnmorska ska vara för att ge en trygg och säker vård. För att utveckla teorin använde sig forskarna av metoden teorisyntes. Teorin grundar sig på flera olika studier och ett jämförande av olika forskning. Artikeln publicerades i *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Syftet med studien är att presentera en utvecklande teori om stärkandet av gravida kvinnor, där barnmorskans professionalism är i fokus. Forskarna vill få fram vilka egenskaper som gör en bra barnmorska till en bra barnmorska. Det grundläggande i teorin är att barnmorskans professionalism är nyckelfaktorn till att stärka kvinnan under graviditeten.

Halldorsdottir och Karlsdottir har konstaterat att vården inte bara behöver vara evidensbaserad utan också teoribaserad. Teorier ger en bred stomme för det praktiska arbetet och kan artikulera mål inom ett yrke och de huvudsakliga målen. Denna utvecklande teori måste regelbundet rekonstrueras i den takt det fås mera kunskap om barnmorskearbetet.

I Halldorsdottir och Karlsdottirs teori (2011) delas barnmorskans egenskaper in i följande delar; professionell omvårdnad, professionell vishet, professionell kompetens, kommunikation och anknytning, personlig och professionell utveckling. Resultatet i denna studie kommer att tolkas utgående från denna teoris grunddelar vad som utgör en bra barnmorska i kapitel 7, Tolkning.

Bakgrund

För att förstå hur Finland såg ut under den tidsepok vi kommer att fokusera sig på följer här korta beskrivningar om hur bland annat hälsan, samhället, krigstiden och kvinnans ställning såg ut under 1930- 1960- talet.

Hälsan bland Finlands befolkning under 1930- 1960- talet

Haapala (2007) skriver att folkmängden ökade under 1930-talet i Finland. Inte för att det skulle ha fötts mera barn utan för att barnadödligheten minskade. I början av 1900-talet dog ca 30 % av alla barn medan barnadödligheten i slutet av 1930-talet bara var 7 %, vilket var en väldigt låg siffra för den tiden. Det fanns många orsaker till att barnadödligheten sjönk, men en av de viktigaste var hälsovårdens utveckling.

Enligt Harjula (2007) användes det fortfarande ofta naturmedicinering på landsbygden och utkanterna av städerna under 1930-talet. Människorna förlitade sig på gamla metoder som hade visat sig vara bra, fastän det utexaminerades många nya läkare. Inom läkemedelskonsten var kunskapen om hygien en viktig profylaktisk vård som hälsovårdspersonal använde sig av.

Harjula (2007) beskriver att en skrämmande sak för kvinnorna var att föda en oäkting. Oäkting kallades ett barn som föddes utanför äktenskapet. Speciellt i huvudstadsregionen utfördes det många olagliga aborter i början av 1900-talet. På 1930-talet utfördes det upp till 20 000 olagliga aborter per år. Samhället motsatte sig handledande arbete för preventivmedel, på grund av att det fanns en rädsla för att det skulle uppmuntra folk till sexuellt umgänge före äktenskapet, samt för att det skulle kunna leda till att folk inte skulle skaffa barn och istället bara njuta av sex.

I slutet av 1930-talet hade åtta av tio kvinnor en utbildad barnmorska med sig under förlossningen beskriver Vuorela (2007). Samtidigt började mängden hemförlossningar minska. Under år 1900 skedde 4 % av förlossningarna på förlossningsanstalter, och år 1938 hade mängden ökat till 30 %.

I slutet av 1930- talet bodde majoriteten av befolkningen på landsbygden, och endast en fjärdedel bodde i städerna enligt Haapala (2007). Finland var alltså ett agrarsamhälle. De flesta av de finländska barnen föddes också i landsorterna.

Enligt Vuorela (2007) kunde det vara ekonomiskt betungande för en del människor att få barn och därför infördes moderskapsunderstöd redan från år 1938 till de mödrar som hade

brist på pengar. Under de första åren innehöll paketet bland annat lakan, förbandstygg, vadd, lindor, tröjor och tvättlappar. Ungefär 50 000 mödrar fick ta emot detta paket.

Harjula (2007) skriver att det var ett stort framsteg för kvinnornas och barnens hälsa när Mannerheims Barnskyddsförbund och andra organisationer startade upp ett rådgivningssystem i slutet av 1930-talet. Var tionde moder använde rådgivningens service. Rådgivningspersonalen gav bland annat praktiska råd, fiskleverolja och vaccinationer. Enligt Teperi och Vuorenkoski (2005) var den viktigaste reformen under 1940-talet att mödra- och barnrådgivningssystemet blev lagstadgat. Enligt lagstiftningen år 1944 skulle det finnas mödra- och barnrådgivning i varje kommun. På längre sikt hade det en stor inverkan på barnens hälsa och på livslängden.

Teperi och Vuorenkoski (2005) skriver att år 1945 hade nyfödda i medeltal 20 år kortare livslängd jämfört med dem som föddes år 2002. Hälsoproblem under graviditeten och hos spädbarn var fortfarande väldigt vanliga efter krigstiden. År 1945 var mödradödligheten 80 gånger högre jämfört med vad den var år 2005, och sex av hundra barn dog före sin ett års dag. Spädbarnsdödligheten minskade till 2 % år 1956.

Efter andra världskriget var smittosamma sjukdomar också ett folkhälsoproblem som orsakade nästan en tredjedel av alla dödsfall i Finland enligt Teperi och Vuorenkoski (2005). Tuberkulos var en vanlig sjukdom hos finländarna och cirka 6 000 människor dog årligen på grund av lungtuberkulosen. Andra tuberkulosformer dödade cirka 1 000 finländare årligen, och infektionssjukdomen difteri ledde till döden för många finländare. Gulsot, paratyfoidfieber, polio samt syfilis och gonorré var också vanliga hos Finlands befolkning. I Kättilölehti år 1941 står det att barnmorskorna hade en ökad risk för att smittas av den födande kvinnans sjukdomar. T.ex. tuberkulos kunde orsaka svåra kroniska sjukdomar, även dödsfall hos barnmorskor.²⁴

Enligt Teperi och Vuorenkoski (2005) blev situationen med smittosamma sjukdomar bättre i slutet av 1940-talet och i början av 1950-talet. Genom att levnadsvillkoren och levnadsstandarden blev bättre, blev också hygien och näringsintaget mycket bättre hos finländarna. Vaccinationsprogram blev mera omfattande samt mediciner och vården utvecklades så att smittsjukdomarna samt dödligheten i dem minskade.

Teperi och Vuorenkoski (2005) skriver att Finland började bygga upp en välfärdsstat efter andra världskriget. Förståelsen växte för hur viktig folkhälsan och befolkningens välmående var. Lagen om en allmän sjukvård kom redan år 1943 och den innehöll bland annat att det ska finnas en läkare i varje kommun eller minst en läkare i ett område som består av flera kommuner. Hälsa- och sjukvårdsverksamheten övervakades av länsläkarna.

Teperi och Vuorenkoski (2005) skriver att det till följd av lagstiftningen som kom år 1943 byggdes många nya sjukhus efter 1950-talet. Lagstiftningen gav staten och kommunerna

²⁴ Kättilölehti 9/1941 154-158

uppgiften att grunda centralsjukhus. Kommunerna skulle också ordna nya sjukhusplatser i ett sjukhus som medicinalstyrelsen skulle godkänna. Medicinalstyrelsen ansvarade för hälso- och sjukvården i Finland. År 1969 fanns det tre gånger mera sjukhusplatser än det fanns år 1950.

Krigstiden

Finland och Sovjetunionen skrev under en non-aggressionspakt år 1932, men trots det anföll den röda armén Finland år 1939. Under vinterkriget som varade i 105 dagar, kämpade den finska armén tappert och klarade av att hålla Finlands gränser. I fredsuppgörelsen tvingades Finland ge en del av sina landområden till Ryssland. Under åren 1941 till 1944 pågick fortsättningskriget. Finland inledde en allians med Tyskland mot Sovjetunionen för att återta de i vinterkriget förlorade områdena. I juli år 1944 bromsade Finland en massiv Sovjetisk offensiv och Finland visade prov på sin envishet och kämparanda.

På grund av fredsavtalet förlorade Finland bland annat det karelska området och måste betala stora summor till Sovjetunionen i form av fabriksvaror. Den karelska populationen som bestod av ca 450 000 människor evakuerades till Finland. Under åren 1944 till 1945 pågick Finlands tredje krig, Lapplandskriget, då de finska soldaterna tvingades att genomföra det sovjetiska fredsvillkoret, att driva ut de tyska trupperna från finländskt territorium i norra Finland. (Papadopolous, 2006)

Kriget påverkade också barnmorskornas arbete. På grund av kriget förlorades närmare 200 förlossningsplatser. Största delen av dessa fanns i Viborg.²⁵

Kvinnans ställning

Papadopolous skriver (2006) att det i början av 1900-talet fanns flera reformer som påverkade kvinnans rättigheter åt det bättre hållet. År 1901 fick kvinnor rättigheten att studera på universitet på samma villkor som männen. År 1906 fick kvinnorna rösträtt och år 1907 hade vi den första sittande kvinnan i parlamentet. År 1919 fick fruar rätten att arbeta utan sina mäns tillstånd.

Under den tidsepok vi har valt att fokusera på var kvinnans viktigaste uppgift enligt Helén (1997a) att föda barn till samhället. Kvinnans naturliga uppgift var att föda och ta hand om barnen. I samhället blev moderns uppgift att upprätthålla och vaka över familjelivets hälsa, välmående och ordning.

Papadopolous (2006) skriver att det under den tiden också fanns en del milstolpar för förbättrandet av kvinnans ställning och rättigheter. År 1937 infördes moderskapsunderstödet och år 1944 infördes lokala statliga rådgivningar för mödrar och barn samt statliga hembesök. År 1961 godkändes preventivpillret. Helén skriver (1997b) att efter krigstiden strävade samhället efter att öka befolkningsantalet genom att ordna

²⁵ Kättilölehti 4/1941 54-57

obstetrisk och gynekologisk hälsovård. Då blev kvinnorna väldigt värdefulla och viktiga för samhället, eftersom de förväntades föda friska barn.

Barnmorskekonstens historia

Paananen (2012) beskriver att i Europa men också i Finland har barnmorskor kallats för visa fruar eller visa käringar. Ordet barnmorska tyder på relationen mellan barn och moder. Den norska benämningen för barnmorska är "jordemor". Det finska ordet för barnmorska "kätilö" grundar sig antagligen i ordet "kätyri", som på svenska betyder hantlangare, som för övrigt har aningen negativ klang. Fortfarande på 1900-talet kallades en kvinna som utförde barnmorskearbete för "kätyri". Ordet "kätilö" tyder på hand, händer, arbetet som en barnmorska utförde med händerna samt ett kunnigt arbete. Ett engelskt ord som hänvisar till barnmorska är "midwife" och som betyder "with woman", det vill säga med kvinnan som hänvisar till att barnmorskan är till hjälp och stöd för kvinnan.

Igenom tiderna har det alltid kopplats en viss mystik till barnafödandet och förlossningen enligt Paananen (2012). Barnmorskorna ansågs ha en häxidentitet, vishet och en förmåga att hela folk.

Paananen (2012) skriver att barnmorskorna försökte kontrollera riskerna som fanns med barnafödandet med de medel som de hade tillgång till under den tidsepoken. Det kunde vara bland annat naturmedel eller andra preparat som tycktes ha en önskad verkan.

Paananen (2012) skriver att barnmorskeyrket är det äldsta utbildningsyrket för kvinnor i Europa. Det kunde upplevas som ett feministiskt yrke, eftersom det var kvinnorna som styrde förlossningen och för att mannen inte fick vara med under varken förlossningen eller barnsängstiden på barnbördshuset. Enligt Höjeberg (2015) är avdelning för födande kvinnor och nyfödda barn, BB, en förkortning av den gamla benämningen barnbördshus.

Paananen (2012) beskriver att det under förlossningen var kvinnorna som hade makten. Kvinnorna fick tid för sig själva och fick tänka genom allt utan att någon avbröt. Oftast firade också barnmorskorna och kvinnorna tillsammans. Paananen (2012) skriver också att det i Danmark hade förekommit vilda fester, där kvinnorna gick genom byn med barnmorskan som ledde tåget och skämtade på männens bekostnad. Männen kunde inte hantera att kvinnorna var självsäkra eller att de hade makten över någonting. Myndigheterna tog då över och började sätta olika lagar och bestämmelser över barnmorskornas arbete.

Enligt Paananen (2012) hade barnmorskorna förut inte lov att använda olika instrument under förlossningen, utan vid behov kallades det in en manlig person som kunde använda dem. I Stockholm öppnades det förlossningsanstalter redan år 1775, vilket var första gången i vårt lands förlossningshistoria. Detta skedde inte enbart för att folket ville minska barnadödligheten utan också för att de manliga läkarna skulle kontrollera förlossningarna. Där fick barnmorskan lära sig obstetrik, men framför allt lärde hon sig att lyda, niga och

tiga. Kvinnoester var nu en del av historien och den nya praxisen fick barnmorskorna att glömma de gamla barnmorskekunskaperna och barnmorskornas språk angående förlossningen och barnafödandet.

Paananen (2012) skriver att finländska barnmorskor utbildades i Sverige under 1700-talet när Finland lydde under Sverige. Det fanns dock en önskan om att införa utbildning också i Finland men det blev aktuellt först efter att Finland blev en del av Ryssland. År 1816 öppnades det första förlossningssjukhuset och barnmorskornas läroanstalt i Åbo, vilket det finska folket välkomnade. Från Åbo flyttades barnmorskeutbildningen till Helsingfors Universitet år 1833. Där studerade också medicine kandidater som även hade medicinska föreläsningar tillsammans med barnmorskestuderandena.

Enligt Paananen (2012) var barnmorskeutbildningen ett undantag i kvinnornas högre utbildning. Från år 1870 och framåt fick kvinnor endast studera på universitet med hjälp av ett undantagstillstånd. På 1900-talet blev utbildningen mer omfattande och längre. År 1926 skulle barnmorskestuderanden uppfylla vissa kriterier, de skulle bland annat vara över 20 år men under 30 år. De skulle även ha en tillräcklig hälsa för att utföra barnmorskearbetet och ha friska levnadsvanor. Då fick studerandena även fördjupa sig i läran om förlossningskunskap, vård av nyfödda och barnavården. En blivande barnmorska skulle också ha kunskap om veneriska sjukdomar samt kunskap om åtgärder för att förebygga sjukdomar från att smitta vidare, samt att känna igen förordningen som rör barnmorskearbetet. År 1934 förlängdes barnmorskeutbildningen till två år och mödrarådgivning lades till som ett nytt läroämne.

Kättilölehti – Tidskrift för barnmorskor

År 1936 fyllde Kättilölehti 40 år, och tidningens redaktör publicerade en artikel om tidningens historia. En barnmorska hade beskrivit Kättilölehti som en kopplande länk för alla barnmorskor som arbetade långt från varandra. Redaktören skrev att tidningen också hade en viktig uppgift i lönediskussionen, och det fanns alltid plats för barnmorskorna att ställa frågor om arbetet, till redaktionen eller kollegerna. Detta var egentligen också professor Gustaf Heinricius syfte när han grundade Kättilölehti. Heinricius var en av de läkare som fungerade som lärare för barnmorskorna på Helsingfors Universitet. Han oroade sig för barnmorskornas ställning och utvecklingen av yrkeskunskapen. Heinricius ansåg att det var viktigt att barnmorskorna följde med de ämnen som handlade om samhälle och ekonomi och som hade att göra med deras yrkesgrupp. På hans initiativ grundades Kättilölehti som publicerades första gången år 1896 och i år (2016) alltså fyller 120 år.

Redaktören av Kättilölehti (1936) skriver att då tidningen grundades år 1896 var de flesta medicinska texter skrivna på utländska språk och finskan som ett medicinskt språk var ännu ganska okänt. Det kunde alltså skapa svårigheter för redaktionen i början då de skulle översätta utländska ord så att alla finländare skulle förstå dem. I början var det också svårt att hitta läsare eftersom den ekonomiska situationen inte var så bra bland barnmorskor

samt för att de inte hade så bra ställning i samhället. Barnmorskorna arbetade så utspritt i hela Finland så det var svårt att nå dem beskrev redaktören. I slutet av första året hade Kättilölehti 330 prenumeranter och Rytönen (1997) skriver att det var ungefär hälften av alla finländska barnmorskor.

År 1947 skrev redaktören för Kättilölehti igen om tidningens historia och vad den hade haft för betydelse för barnmorskor i Finland. Enligt artikeln hade Kättilölehti varit en viktig del av barnmorskornas liv och yrke. Det kan vara svårt att förstå hur stor betydelse det verkligen hade för barnmorskor som arbetade ensamma i det glesbebyggda Finland. De befann sig långt borta från kolleger och de kämpade sig igenom arbetets svårigheter utan stöd från varandra beskriver redaktören. Heinricius hade nämnt (1936) att speciellt de faktabaserade artiklarna var nyttiga för barnmorskorna för att de skulle kunna utöka sina kunskaper i sitt arbete. Tidningen var också en möjlighet för barnmorskor att få fram sina tankar, speciellt de svårigheter och brister som arbetet kunde innehålla.

Paananen berättar att Finlands Barnmorskeförbund grundades år 1919 och från och med år 1920 blev förbundets ordförande professor S. E. Wichmann också chefredaktör för Kättilölehti. Efter denna förändring fanns det i Kättilölehti även artiklar om vad Barnmorskeförbundet hade att erbjuda barnmorskorna. Via tidningen fick förbundet fram sitt ord till alla Finlands barnmorskor som läste tidningen.

Barnmorskearbetet i Finland under åren 1930-1960

Under åren 1930 till 1960 gick Finlands allmänna riktning mot ett samhälle där förlossningarna mer och mer ägde rum på förlossningsanstalter.²⁶ I finländska förhållanden kunde den effektivaste vården ordnas i de stora och välutrustade sjukhusen. Ifall förlossningssituationen ändrades snabbt i hemförhållande, hade barnmorskan inte tillgång till de nyaste hjälpmedlen eller tillgång till extra hjälp. Att vid denna punkt flytta patienten till sjukhuset kunde vara livshotande för både kvinnan och barnet. Detta ledde till att arbetet krävde att barnmorskorna var kunniga och att de kunde förutspå vad som kunde ske för att kunna flytta patienterna i god tid till den rätta vården. Onormala förlossningar hörde alltid till förlossningsanstalterna. Förbättrade trafikförbindelser gjorde det möjligt att transportera kvinnorna till anstalterna.²⁷

Hemma kunde förlossningar som var normala ske tryggt enbart ifall det fanns en barnmorska till hands, men i de flesta fall fanns det brist på både kommunala- och förlossningsanstaltsbarnmorskor. Bristen på barnmorskor försvårade arbetet och gjorde att arbetsbördan ökade för de anställda.^{28 29}

Det var viktigt att barnmorskan hade kännedom om de gravida kvinnorna i hennes by och det krävdes ibland kreativitet för att få reda på vem som var gravid. De blivande mödrarna

²⁶ Kättilölehti 10/1954 315-320

²⁷ Kättilölehti 6/1931 94-97

²⁸ Kättilölehti 2/1957 40-56

²⁹ Kättilölehti 4/1957 176-180

förstod inte alltid att de skulle söka sig till barnmorskan utan det var ofta barnmorskans arbete att hitta de gravida kvinnorna. På hembesök kunde hon fråga ifall kvinnan visste om det fanns några nya gravida kvinnor i byn, likaså frågade hon av byns äldste. Hon kunde även få information om byns gravida genom att prata med folk hon mötte på byn. När barnmorskan fick reda på vem som var gravid åkte hon hem till den gravida kvinnan.³⁰

De barnmorskor som arbetade på landsbygden mötte mer dödlighet bland mödrarna och deras nyfödda. Mödrarnas förlossningsdödlighet var dubbelt högre och spädbarnsdödligheten var 1,5 gånger högre på landsbygden jämfört med i städerna. Målet var att få alla förstföderskor och de omföderskor som hade haft något onormalt i tidigare förlossningar, till förlossningsanstalterna. Även de som var överburna skulle skötas i förlossningsanstalter.^{31 32}

Till barnmorskans uppgift hörde också att bekosta barnmorskeväska och väskans innehåll själv.³³ Detta blev det i ett senare skede ändring på och byn började betala instrument och läkemedel som barnmorskan behövde i sitt arbete.^{34 35} Materialkostnaderna vid en förlossning uppskattades vara 36,75 mark år 1952.³⁶

År 1936 framkom det att i kommuner med ett invånarantal som låg på 5000 invånare behövdes det två barnmorskor. I en del större kommuner skulle det finnas en barnmorska för 7000 invånare.³⁷ 1944 framkom det att det för 5000 invånare skulle finnas en barnmorska.³⁸ Det ansågs att en bra arbetsmängd för en barnmorska skulle vara att ha 3000 invånare i sitt distrikt. Detta eftersom att vägen till föderskorna inte skulle få vara längre än 10-20 km och eftersom det inte skulle ske mera än 50 förlossningar per år.³⁹

År 1953 framkommer det att de kommunala barnmorskorna hade fått mera arbetsuppgifter vilket i sin tur ledde till att arbetsbördan blev tyngre. Ungefär hälften av alla förlossningar ägde fortfarande rum i hemförhållanden. Hemförlossningarna krävde mycket arbete av den kommunala barnmorskan.⁴⁰

Förlossningsvården som arbetsuppgift minskade för de kommunala barnmorskorna. År 1958 gick endast 9 % av den kommunala barnmorskans arbetstid till förlossningsvård.⁴¹ Den kommunala barnmorskans karaktär förändrades mycket och skulle förändras i takt

³⁰ Kättilölehti 1/1944 4-5

³¹ Kättilölehti 11/1945 177-186

³² Kättilölehti 12/1945 204-208

³³ Kättilölehti 10/1929 165-170

³⁴ Kättilölehti 11/1929 194-200

³⁵ Kättilölehti 2/1943 32-34

³⁶ Kättilölehti 2/1952 47-49

³⁷ Kättilölehti 5/1936 103-112

³⁸ Kättilölehti 4/1944 59-65

³⁹ Kättilölehti 4/1941 58-59

⁴⁰ Kättilölehti 3/1953 93-97, 211-213

⁴¹ Kättilölehti 5/1958 186-198

med samhällets utveckling. Det klassiska barnmorskearbetet, det vill säga förlossningsvården var inte längre i fokus i den kommunala barnmorskans arbete.⁴²

”Kunnankättilön työn luonne on muuttunut paljon kuten kaikki jatkuvasti muuttuu kehityksen kulkiessa eteenpäin. Hän on menettänyt tai menettämässä tuon klassisen kättilön työn, synnytyksen hoidon, mutta vallannut sen sijaan uuden alueen terveydenhuollon työsaralla.”

Boendeförhållandena var ofta dåliga hos de kommunala barnmorskor som fick bosätta sig i en kommunalt ägd lägenhet. Fast lagen sade att lägenheten måste vara duglig var den inte det i verkligheten. Som exempel beskriver en barnmorska att rummen kunde vara så kalla att vattnet frös till is och även så potatisarna i källaren.⁴³ När det blåste blev det så kraftigt drag i husen att tavlorna gungade.⁴⁴ Barnmorskeförbundet uttalade sig om att boendeförhållandena för de kommunala barnmorskorna borde förbättras. Då den kommunala barnmorskan hade sommarledighet övertog den vikarierande barnmorskan hennes lägenhet.⁴⁵ För den kommunala barnmorskan ingick endast en lägenhet och ved för uppvärmning. Bostaden skulle vara belägen på ett sådant ställe som bilar och hästar enkelt kunde ta sig fram till.

Barnmorskan kände ibland att hon inte hade någon husfrid.⁴⁶ Ifall kommunen inte hade ordnat en enskild mottagning för mödrarådgivningen skulle barnmorskan ta emot kvinnorna i sitt hem. Detta ledde till att folk kunde komma och gå när som helst i barnmorskans hem i mödrarådgivningsärenden.⁴⁷ Människor respekterade inte barnmorskans hem eftersom de ansåg att det var kommunens egendom. Patienterna kunde till exempel spotta på golvet.⁴⁸ Barnmorskan var ibland tvungen att undersöka kvinnorna i sin egen säng. Detta kunde leda till att barnmorskan måste använda sin fritid till att städa och ordna upp i lägenheten.⁴⁹

En förlossningsanstaltsbarnmorska hade bättre förmåner än den kommunala barnmorskan.⁵⁰ Lägenhet, värme, ljus, renlighet och bra mat var bl.a. förmånerna för en anstaltsbarnmorska. Lönen var ofta bättre på förlossningsanstalterna.⁵¹

Begrepp

Examensarbetets centrala begrepp är barnmorska, hemförlossning samt förlossningsanstalt. Dessa begrepp kommer att förklaras under de kommande underrubrikerna.

⁴² Kättilölehti 12/1959 448-454

⁴³ Kättilölehti 12/1931 210

⁴⁴ Kättilölehti 9/1934 151-154

⁴⁵ Kättilölehti 2/1952 47-49 Sirkka Melto

⁴⁶ Kättilölehti 3/1929 51-52

⁴⁷ Kättilölehti 2/1939 27-31

⁴⁸ Kättilölehti 10/1939 213-219

⁴⁹ Kättilölehti 10/1939 213-219

⁵⁰ Kättilölehti 5/1955 155-156

⁵¹ Kättilölehti 3/1929 51-52

Barnmorska

Finlands barnmorskeförbund har nämnt Internationella barnmorskeförbundets (ICM) definition av barnmorskan, vilket lyder på följande vis;

"A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is recognised in the country where it is located and that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title 'midwife'; and who demonstrates competency in the practice of midwifery." (ICM, 2011)

Översatt till svenska betyder det att barnmorskan är en person som framgångsrikt har avklarat landets erkända barnmorskeutbildning och erhållit de kvalifikationer som krävs för att bli registrerad och fått lagligt tillstånd att utöva barnmorskekonst och använda sig av titeln barnmorska.

Beroende på var barnmorskan arbetade, kunde titeln lyda "kylän kättilö" som vi har översatt till en "kommunal barnmorska". Hon arbetade då med hemförlossningar i en by och hade ett visst område att ta hand om. Om barnmorskan arbetade i en stad, kallades hon för "kaupungin kättilö". Stadsbarnmorskor skiljde sig från de kommunala barnmorskorna endast genom att de arbetar i städerna.

Munk (2013) beskriver att arbeta som barnmorska innebär att arbeta med hälsofrämjande, förebyggande, vårdande och med behandlande åtgärder inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

Hemförlossning och förlossningsanstalt

Orden hemförlossning, förlossningsanstalt och förlossningssjukhus kommer att användas flera gånger under denna studie. När en kvinna föder i sitt hem, kallas det för hemförlossning. Då kommer den kommunala barnmorskan till den födande kvinnan och handlägger förlossningen i hemförhållanden. Med benämningen förlossningsanstalt syftas det både på privata och kommunala sjukhus och avdelningar. Där arbetade en eller flera barnmorskor beroende på storleken av anstalten.

Arbetsförhållanden

Arbetskyddsförvaltningen (2015) beskriver begreppet arbetsförhållanden på följande sätt.

"Arbetsförhållandena bildar grunden för ett sunt, tryggt och lönsamt arbete. Arbetskyddslagen och bestämmelser som grundar sig på den förutsätter att arbetsgivaren ser till arbetstagarnas hälsa och säkerhet i arbetet. När det råder goda arbetsförhållanden är också den fysiska och psykosociala belastningen som arbetet medför under kontroll och arbetets lönsamhet förbättras." (Arbetskyddsförvaltningen, 2015)

Tidigare studier inom detta område

Under denna underrubrik finns studier som tangerar examensarbetets ämne. Studierna finns uppdelade under två underrubriker, pro gradu-avhandlingar om barnmorskeyrkets historia i Finland och forskningar om barnmorskeyrket.

Pro gradu-avhandlingar om barnmorskeyrkets historia i Finland

Aaltonen (2011) har gjort en pro gradu-avhandling om hur makthavarnas beslut som rörde barnmorskans yrke syntes i barnmorskans arbetsuppgifter mellan åren 1879 till 1920 inom Tavastehus sjukvårdsdistrikt samt hur de anpassade sig till förändringar i systemet. Resultatet sammanfattar hur lagar, lönepolitik, statens riktlinjer och regler, läkare samt barnmorskeföreningar påverkade barnmorskornas arbete. I studien framkom att mot slutet av 1800-talet tycktes barnmorskearbete inte vara lämpligt för överklassen eftersom arbetet inte ansågs vara tillräckligt anständigt. Barnmorskorna var alltså oftast från arbetarklassen. Bra egenskaper hos en barnmorska var bland annat ett gott beteende, renlighet, anständighet samt ärlighet. Ända till år 1912 var de flesta av barnmorskorna ogifta. Vissa kommuner hade även ett krav att kommunala barnmorskor skulle vara ogifta.

Enligt Aaltonen ändrades barnmorskornas skolsystem för att fler människor i större grad skulle kunna bli antagna till skolan. Det ordnades bland annat fler studerandeplatser och utbildningen förkortades till 11-12 månader i stället för två år som det hade varit tidigare. Enligt Aaltonen var det medicinalstyrelsen, läkarna samt statens regering som vakade över barnmorskearbetet. En del barnmorskor fick till och med rättigheter att utföra åtgärdsförlossningar. Genom att ge större ansvar till barnmorskorna skulle invånare ha större tilltro till att använda sig av de utbildade barnmorskorna istället för de outbildade.

Aaltonen nämner att barnmorskornas arbete mest kretsade kring förlossningsvård fram till 1930-talet. Efter 1930-talet tog mödrahälsovården mera rum i barnmorskornas arbetsuppgifter. Aaltonen berättar att barnmorskornas löneutveckling var ojämn fortfarande i början av 1900-talet fast det ekonomiska stödet från staten ökade. Barnmorskornas lön kunde jämföras med de som arbetade t.ex. på en fabrik i en liten kommun. Hygien och renlighet var viktigt för barnmorskorna, men det kunde vara svårt att upprätthålla det med en liten lön. Kommunerna fick själv välja om de ville anställa en barnmorska eller inte skriver Aaltonen.

Aaltonen skriver att i Tavastehus sjukvårdsdistrikt hade kommunerna mycket olika syn på barnmorskorna dels på grund av kommunernas olika ekonomiska situationer men också på grund av olika attityder som folk hade mot barnmorskor. Det kunde också variera hur kommunerna tog hand om barnmorskorna. De kommuner som betalade högre lön fick väldigt många ansökningar till lediganslagna arbetsplatser jämfört med de som betalade mindre lön. Löner och förmåner påverkade barnmorskornas rörlighet.

Aaltonen nämner att det i slutet av 1800-talet grundades en tidning för barnmorskorna, Kättilölehti och kort efter grundades kommunala barnmorskeföreningar på flera olika håll

i Finland. Barnmorskeföreningarna hade en positiv inverkan på barnmorskeyrket. Arbetsutvecklingen blev också bättre med hjälp av föreningarna. Fram till år 1900 hade åtta av tio kommuner i Tavastehus sjukvårdsdistrikt en barnmorska. Utöver detta arbetade en barnmorska i förlossningsanstalten i Tavastehus. Senaten började ge ett ekonomiskt stöd till fattiga kommuner i Finland för att de skulle ha möjlighet att anställa en barnmorska till kommunen. En del personer var fortfarande emot de utbildade barnmorskorna och det ledde också till att vissa kommuner anställde sin första kommunala barnmorska först senare. Tavastehus landskommun var den sista kommunen i Tavastehus län som anställde en barnmorska. Detta skedde år 1921 när Tavastehus landskommun hotades med böter.

Aaltonen skriver att det först inte fanns någon lagstiftning angående användning av utbildade barnmorskor vid förlossningen. År 1900 hade bara 24 % av alla födande kvinnor en utbildad barnmorska med sig vid förlossningen. I Egentliga Tavastland önskades det att det skulle göras en lagstiftning om användningen av en utbildad barnmorska vid en förlossning. Staten var först inte villig att utföra en lagförändring men år 1920 förverkligades den. Då skulle en utbildad barnmorska eller en läkare handlägga förlossningen. Endast vid ett akut tillstånd kunde en utbildad person hjälpa till vid förlösandet av barnet. Lönen höjdes och barnmorskeutbildningen förlängdes.

Aaltonen berättar att då kvinnorna i Finland fick rösträtt år 1906, ledde detta till att förlossningsvården och barnmorskearbetet började diskuteras. Med detta kom även förslaget som innebar att kommunerna var tvungna att anställa en barnmorska i sin kommun och att staten skulle öka stödpengarna för kommunerna. År 1910 blev mängden av stödpengar som kommunerna tog emot större. Enligt lagen skulle det finnas en barnmorska per 5000 invånare i en kommun. Lagen innehöll också bland annat att kommunen skulle erbjuda ett boende, bastu och ved för barnmorskorna.

Hoppa, K (2010) har gjort pro gradu-avhandlingen "Kunnankätilön työ sekä raskauden seurannan ja synnytyksen medikalisoituminen Pohjois-Suomessa vuosina 1900-1960". Studien handlar om de kommunala barnmorskornas arbete och graviditetens uppföljning samt förlossningens medikalisering i norra Finland mellan åren 1900-1960. I studien framkom det att kommunala barnmorskors arbetsförhållanden var svåra på grund av dåliga vägförbindelser och fattiga hem där förlossningarna ägde rum. De barnmorskor som handlade hemförlossningar hade sämre arbetsförhållanden jämfört med de barnmorskor som arbetade på förlossningsanstalter. När graviditet- och förlossningsvården blev medikaliserad var läran om hygien central. Medikaliseringen syntes också när användningen av mediciner ökade och arbetsredskapen ökade.

Pilvi (2013) har gjort en pro gradu-avhandling om tiden efter kriget när förlossningarna började överföras från hemmen till sjukhusen: "*Säästyy siten lapsia ja äitejä. Synnytysten siirtyminen kotoa sairaaloihin. Synnytysten laitostumisesta käyty keskustelu synnytysten ammattilaisten lehdissä 1935-1959*". Syftet med studien var att förstå de berättelser som hälsovårdspersonal, barnmorskor samt läkarna hade under denna tid. En central fråga i

studien var om hur de såg på att förlossningarna började överföras till sjukhusen. I studien framkom det att det fanns ett stort behov av förlossningsplatser. Personalen hade bara positiva åsikter om förlossningsanstalter, om hemförlossningarna fanns det enbart negativa berättelser. Små förlossningssjukhus ansågs vara dåliga på grund av den bristfälliga utrustningen. Barnmorskornas status i förlossningsvården minskade och läkarna ville ha mer och mer makt och ansvar över förlossningarna, dock blev detta inte möjligt på grund av Finlands ekonomiska situation. Det som även framkom i studien var att läkarna nu hade större makt över obstetrike.

Lahti (2014) har skrivit en pro gradu-avhandling om "Ammattina kättilö. Maalaiskättilön työ 1900-1920 Jyväskylän piirilääkäripiirissä ja kättilöiden kirjoituksissa." Syftet med denna studie var att ta reda på barnmorskornas arbetsuppgifter på landsbygden i Jyväskylä mellan åren 1900-1920, under den tid när det började finnas mer utbildade barnmorskor. Studien svarade också på frågorna: Hur var barnmorskans arbetsförhållanden, hur förhöll man sig till förlossningshjälpare som inte var utbildade, och hurdan yrkesidentitet hade barnmorskorna?

Viktiga källor i Lahtis (2014) pro gradu-avhandling var barnmorskornas förlossningsförteckningar från Jyväskylä samt artiklar som barnmorskorna hade skrivit i Kättilölehti. Resultat i studien visade att barnmorskornas arbete var mycket tungt. Barnmorskorna kunde åka långa vägar till kvinnorna oberoende hur mycket klockan var eller vilken årstid det var. I de flesta fall slutade förlossningarna bra med hjälp av barnmorskorna. Men barnmorskorna mötte också svåra förlossningar i sitt arbete. I början av 1900-talet skedde en förändring inom barnmorskeyrket eftersom det började vara vanligare med utbildade barnmorskor. Barnmorskorna hade i de flesta fall negativa åsikter om förlossningshjälpare som inte var utbildade. Däremot varierade attityden mot mödrarna. På grund av utbildningen hade barnmorskorna en stark yrkesidentitet som syntes i deras arbete. Yrkesidentiteten syntes också genom att de lyfte fram sina yrkeskunskaper och genom att de var väldigt stolta över sitt yrke.

Forskingar om barnmorskeyrket

Oinas, Nikkonen och Pietilä (1999) har gjort studien "A midwife-public-health nurse's work in northern Finland, 1950-1987". Som publicerades i tidningen International Journal of Nursing Practice. I denna studie var syftet att beskriva Jouki Nykänen's arbete som barnmorska-hälsovårdare-sjukskötare i norra Finland mellan åren 1950-1987. Forskningen lyfte fram hjärtat av en barnmorske-hälsovårdar-sjuksköterskas arbete i Finland i en förändrande historisk och social kontext, och visar också på förändringar i arbetet sedan krigstidsåren.

I resultatet framkommer det att Nykänen var verksam som barnmorska, hälsovårdare och sjukskötare i ett område där bosättningarna fanns långt ifrån varandra. Hon bodde i sin klinik där det också fanns några patientsängar. Nykänen var verksam i distriktet Sevettijärvi. Där fanns inga telefoner och ingen elektricitet. Under normala förhållanden

kom posten en gång i veckan, vid dåliga väderförhållanden kom posten en gång i månaden. Nykänen ansåg att hon hade svårt att utföra sitt arbete i dessa förhållanden och kände ibland att situationen var hopplös. Läkaren kom från en annan ort, han kom till distriktet en gång om året. I akuta fall togs patienterna över till Norge för vård. Nykänen försökte förutspå eventuella riskgraviditeter genom att fråga kvinnorna frågor om deras föregående graviditeter och förlossningar. Ifall Nykänen gjorde hembesök tog hon sig fram gående eller med hjälp av roddbåt om sommaren, och med hjälp av skidor eller renar och släde på vintern. Nykänen bar alltid med sig ett renskinn och en sovsäck. Nykänen's motto var följande, "vinden i ansiktet lärde mig".

Nykänen flyttade år 1958 till Pyhäntä där hon började arbeta som kommunal barnmorska. Denna kommun hade elektricitet, vägar samt telefoner. Kommunen var i stort behov av en barnmorska. I denna kommun åkte hon till hemmen med hjälp av taxi, cykel eller med polisens eller prästens skjuts. Som kommunal barnmorska krävdes det att hon hade goda kunskaper om sitt arbete eftersom det inte fanns någon läkare till hands.

År 1962 flyttade Nykänen till Karunki och började åter igen arbeta som barnmorska, hälsovårdare och sjukskötare. Här fanns det två verksamma barnmorskor och de hade delat upp distriktet i två delar. Barnmorskorna tog sig fram med hjälp av egna bilar. Nykänen arbetade dygnet runt och skulle alltid vara tillgänglig. Efter några år fick Nykänen varannan söndag ledig. Oftast födde kvinnorna på sjukhuset i Torneå men ibland födde de hemma. Nykänen betonade vikten av att en barnmorska innehade kunskap som fås från erfarenheter, interpersonella egenskaper samt att hon kompetent kunde observera en vårdssituation.

Lindgren, Hildingsson, Christensson och Rådestad (2008) har gjort studien "Transfers in Planned Home Births Related to Midwife Availability and Continuity: A Nationwide Population-Based Study". Syftet var att beskriva orsaker och riskfaktorer vid överföring till sjukhus under eller kort efter en planerad hemförlossning. Den vanligaste orsaken för förflyttning till sjukhus under, eller kort efter förlossningen visade sig vara misslyckande att utföra förlossningen eftersom barnmorskan inte var tillgänglig när det blev dags för förlossning. Förstföderskor vars barnmorska vid hemförlossningen inte var samma som vid undersökningarna under graviditeten, hade en ökad risk att bli förflyttade till sjukhus.

Metod

Vi har valt en kvalitativ metod eftersom vi vill utgå från de artiklar som vi hittat i Kättilölehti angående övergången från hemförlossningar till sjukhusförlossningar. Vi ville ha en djupare förståelse för hur yrket och dess arbetsförhållanden utvecklats. Genom en kvalitativ metod är chansen större att de berättelser som hittas kommer till rätta än vid användningen av en kvantitativ metod. Senare i detta kapitel presenteras analysen av det material som insamlades.

En kvalitativ metod innebär att forskaren vill koncentrera sig på händelser, handlingar, normer och värden utifrån materialets perspektiv enligt Bryman (1997). Olsson (2007) beskriver att idéer och tankar fördjupas genom att forskaren använder en människas egen skrivna eller talade ord.

Vi har även valt att använda sig av en idéhistorisk forskningsmetod. Detta innebär att vi vill fånga upp idéer och föreställningar, tankesätt, intellektuella strömningar och traditioner. Vid idéhistorisk forskning är det även viktigt att förstå samtiden och kontexten till den information som insamlas. Genom den idéhistoriska forskningen vill forskarna lyfta fram den bärande substansen och värdegrunden för det valda temat.

Eriksson (2012) beskriver att för en idéhistorisk forskning är tankeströmningarna och idéerna i fokus. Genom barnmorskornas nedskrivna berättelser kunde deras åsikter uppfångas och så även deras tankar i texten. Barnmorskeförbundets ansvariga skrev också många artiklar i *Kättilölehti*, Förbundets uppgift var att lyfta fram den tidens viktiga ämnen som gällde barnmorskor eller i övrigt kvinnor.

Tidskriften för barnmorskor - *Kättilölehti* var den tidens metod att få sin röst hörd för flera barnmorskor samtidigt. Genom att använda *Kättilölehti* som material i studien, fick vi en bredare bild för hur yrkesgruppen verkligen upplevde arbetsförhållandena under den valda tiden, samt kännedom om de informationsrika beskrivningarna om arbetsförhållanden som framkom i berättelserna. Tidningen hade enbart ett finskt namn under den valda tidperioden. Numera heter tidningen även "Tidskrift för Barnmorskor", men i denna studie är valet att konsekvent använda det finska namnet *Kättilölehti*.

Datainsamling av material

Vid datainsamling vid en kvalitativ studie är det viktigt att forskaren är flexibel och följsam mot deltagaren, miljön och de förändringar som eventuellt sker under insamlingen av materialet enligt Henricson (2013). I studien valde vi att använda *Kättilölehti* som källa till materialet, eftersom att vi vill ha en god variation av åsikter inom det ämne som valdes. En god variation av åsikter är viktigt vid datainsamlingen enligt Danielsson (2013). Danielsson beskriver även att ett omfattande textmaterial är ett lämpligt underlag för innehållsanalys, vilket *Kättilölehti* erbjuder.

Som källa till den idéhistoriska forskningen valde vi att samla ihop information från *Kättilölehti* från åren 1928-1960. Vi kontrollerade till att börja med Tritonias biblioteket på Seriegatan i Vasa. Där fanns det tillgängligt *Kättilölehti* från år 1965 och framåt. Vid genomläsning av tidningar från året 1965 fattade vi beslutet att söka oss längre bak i tiden eftersom att det i texten framkom att nästan alla förlossningar ägde rum på sjukhus. Vi kontaktade biblioteket vid yrkeshögskolan Metropolia i Helsingfors där *Kättilölehti* finns arkiverat sedan tidningens begynnelseår.

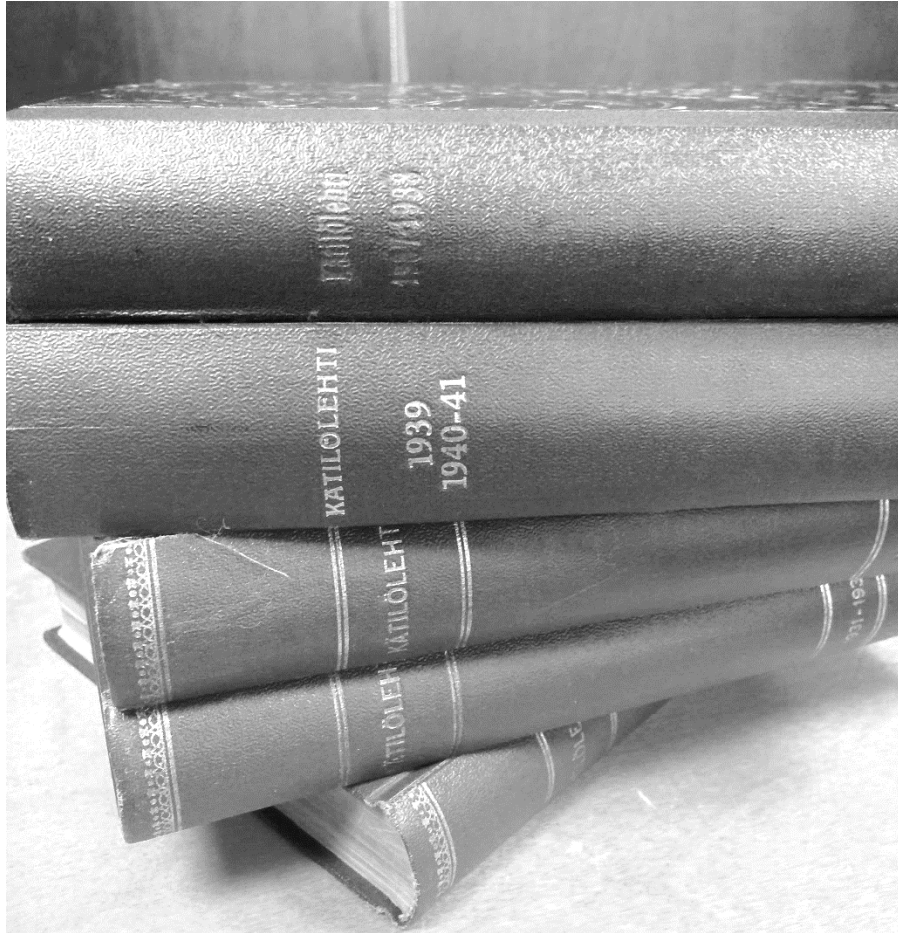
Vi fick tillgång till *Kättilölehti* från åren 1928-1960 som fanns i arkivet. Vid genomläsning av tidningarna från år 1928 framkom det att en stor del av förlossningarna ägde rum i

hemmen men att förändringen mot en framtid där förlossningarna hörde till förlossningsanstalter och sjukhus redan var igång. Fastän fokus ligger på 1930-1960-talet valde vi att inkludera några artiklar från årgångarna 1928 och 1929 eftersom artiklarna motsvarade våra sökkriterier. Dessa årtal lästes eftersom de var sammanknutna med årgången 1930.

Materialet i tidningarna omfattade bland annat barnmorskornas egna berättelser, Barnmorskeförbundets åsikter samt artiklar skrivna av läkare. Redaktionens artiklar handlade bland annat om krigstiden och förändringar som ägde rum i samhället.

Vi gjorde två resor till Helsingfors för att hinna läsa materialet grundligt. Vid första granskning av materialet valde vi ut det material som tangerade hemförlossning och förlossningsanstalter från Kättilölehti. Vi begränsade sedan ämnet ytterligare genom att fokusera på vården av förlossningar, eftersom majoriteten i dag föder på förlossningssjukhus och hemförlossningar hör till ovanligheter i dagens Finland. Artiklar som ansågs vara relevanta fotograferades för att vi senare skulle kunna läsa igenom texterna på nytt. Sammanlagt togs ca 1000 fotografier av materialet. Det lades stor vikt vid att ha ursprungstexterna till hands under hela processen för att minimera risken för misstolkningar.

Det som ansågs vara relevant från det fotograferade materialet renskrevs och översattes till svenska. Materialet sattes in i en tabell, i tabellen framkom det årtal, tidningsupplaga, skribent, relevanta meningar samt färgade nyckelord som angav vad texten handlade om. Tabellen blev ca 120 sidor lång när det renskrivna materialet var insatt med teckensnittsstorlek 12. Då allt material som var infört i tabellen genomlästes valde vi att begränsa materialet till ämnet arbetsförhållanden, eftersom det var ett färgat nyckelord som var ofta återkommande och starka åsikter framkom upprepade gånger om detta ämne. Artiklarna som valdes ut för analysen var ca 80 stycken till antalet.



Fotografi 1. Fotografi av hur Kättilölehti finns bevarat i yrkeshögskolan Metropolias arkiv.

Dataanalysmetod

Vid innehållsanalysen fanns de ursprungliga frågeställningarna som grund till analysen. Genom dataanalysen framkom det två huvudkategorier under ämnet arbetsförhållanden: den kommunala barnmorskans arbetsförhållanden och förlossningsanstaltsbarnmorskans arbetsförhållanden. Vi valde att omforma studiens frågeställningar efter dessa teman.

Innehållsanalys

Vi valde att analysera materialet med en kvalitativ innehållsanalys. Enligt Danielsson (2013) är det centralt att innehållet av materialet beskrivs eller tolkas djupgående. Syfte med analysen är att skapa en kompakt och tydlig beskrivning av informationen som materialet innehåller. Carlsson (1997) säger att med innehållsanalys är indelningen av materialet till olika kategorier det viktigaste. Vid kategorisering ska studiens syfte alltid vara i fokus.

Enligt Danielsson (2013) kan en kvalitativ innehållsanalys ha antingen induktiv eller deduktiv ansats. Vid en induktiv analys utgår vi ifrån den analyserade textens innehåll och

vid en deduktiv analys utgås ifrån en förutbestämd modell eller teori. Kylmä (2007) skriver att en induktiv innehållsanalys innebär att materialet först delas och enligt dess innehåll sätts sedan likadant material ihop. Därefter sammanfattas materialet i en helhet, som motsvarar studiens syfte. Vi har valt att använda en induktiv inriktning i studien.

Praktiskt genomförande

Vid analysen av materialet fann vi två huvudkategorier. I texten framkom fragment som hade ett samband, dessa kallas för koder och dessa sorterades för att sedan bilda underkategorier. För att skapa en överblick har vi sammanställt ett enkelt schema i tabellform. I denna tabell framkommer huvudkategorierna samt underkategorierna.

Tabell 1. Huvudkategorier samt underkategorier efter innehållsanalys

Huvudkategorier	Underkategorier
Arbetsförhållanden för kommunala barnmorskor	<ul style="list-style-type: none"> • Föderskans hemförhållanden • Vägen till den födande kvinnan • De långa arbetstiderna • Avvikande förlossningar • Arbetsredskapen • Krigstiden
Arbetsförhållanden för barnmorskor på förlossningsanstalter	<ul style="list-style-type: none"> • Det ökade patientantalet på förlossningsanstalterna • Förlossningsanstaltens utrymmen • Barnmorskans stora ansvar • Arbetsmängden • De långa arbetstiderna • Krigstiden

Etiska överväganden

I studien följer vi Forskningsetiska delegationen TENKs (2012) forskningsetiska direktiv. Vi kommer att beakta de etiska principerna för forskning som räknas till humanvetenskaperna. Riktlinjerna för en god vetenskaplig praxis följs genom hela arbetet.

I studien är vi noggranna, omsorgsfulla samt hederliga i såväl presentation av resultat samt i dokumentation och källhänvisning av materialet. I studien beaktas även andra forskares studier och resultat. Dessa har vi tagit hänsyn till och visar dem respekt. De andra forskarnas resultat har inte förvrängts till vår egen nytta.

Anskaffningen av materialet är etiskt hållbart. Kättilölehti från åren 1928 till 1960 finns bevarade i yrkeshögskolan Metropolias arkiv i Helsingfors. Några årgångar av tidningen

var sammanbundna till böcker. Tidningarna var original, detta innebar även att tidningarna var gamla och sköra. Vi läste tidningarna med varsamhet för att inte förstöra materialet.

I resultatet framkommer en noggrann och korrekt källhänvisning till materialet. Detta för att enkelt kunna kontrollera materialets sanningsenlighet. Genom att vi har valt att använda sig av en fotnot genom hela resultatet kan läsaren enkelt följa med vilket årtal berättelsen härstammar ifrån. En egen källhänvisning är sammanställd för källorna från Kättilölehti, detta för att läsaren enkelt ska kunna kolla upp årtal samt vem som skrivit artikeln.

Resultat

Med frågeställningarna som utgångspunkt har vi gjort en innehållsanalys på materialet. Vi kommer att presentera resultatet genom huvudkategorierna som är indelade i två kapitel. Huvudkategorierna är indelade i kapitel enligt arbetsförhållanden för kommunala barnmorskor och arbetsförhållanden för barnmorskor på förlossningsanstalter. Huvudkategorierna skrivs med **fet stil** och underkategorierna med **fet kursiv stil**. I resultatet har vi även valt att lyfta fram en del citat som fint beskriver barnmorskornas berättelser. Citaten är skrivna med *kursiv stil*.

Arbetsförhållanden för kommunala barnmorskor

Detta kapitel är uppdelat i underrubriker enligt underkategorierna föderskans hemförhållanden, vägen till den födande kvinnan, de långa arbetstiderna, arbetsredskapen samt krigstiden.

Föderskans hemförhållanden

På landsbygden ägde förlossningar oftast rum i hemförhållanden. Den födande kvinnan hade dock flera uppgifter som skulle göras före förlossningen. T.ex. städa, damma mattor, byta sängkläder och se till att det fanns rena handdukar. Hon skulle också skaffa smörpapper, gummityg eller vaxduk som skulle skydda hennes säng under förlossningen. Under tiden kvinnan väntade på barnmorskan då förlossningen hade startat, skulle det kokas kaffe och även kokas upp en stor mängd vatten. En del av vattnet skulle hinna svalna och en del av vattnet skulle vara varmt när barnmorskan anlände.⁵²

Barnmorskan skulle på förhand fråga av modern och försäkra sig om att hon hade förberett sig för förlossningen och om hon fick alla förberedelserna gjorda. Ifall hemförhållandena inte var dugliga för barnafödande skulle barnmorskan be modern söka sig till en förlossningsanstalt.⁵³

Ifall hemmen var små kunde även linneförrådet vara litet. Då ville barnmorskorna undvika att smutsa ner lakanen eftersom kvinnan ofta var sängliggande efter förlossningen. Det

⁵² Kättilölehti 1/1938 1-4

⁵³ Kättilölehti 3/1938 54

var kvinnornas uppgift att sköta tvätten, så under denna period kunde tvätten bli ogjord.⁵⁴ Gummi- eller vaxduk skulle användas i förlossningssängen i hemförhållanden. Inte tidningspapper eftersom det kunde finnas bakterier på dem.⁵⁵

Normala förlossningar skulle ske i hemförhållanden men det skapade problematik när hemförhållandena var i dåligt skick, oftast var hemmen trånga.⁵⁶ ⁵⁷ Ibland kunde hemförhållandena vara så dåliga och smutsiga att barnmorskan var tvungen att börja med att tvätta kläder och städa för att sedan kunna utföra sitt arbete. Förståelse för att renlighet är det samma som hälsa fanns även under denna tid. Ifall tillgång till bastu fanns kunde barnmorskan tvätta modern före förlossningen. I stadsmiljö var ofta chansen att ha tillgång till badkar större, då tvättades modern i badkaret före förlossningen. Barnmorskan kunde behöva koka upp sina instrument och rengöra bl.a. vaxdukar och gummiföremål inför förlossningen. Det var viktigt att barnmorskan var renlig av sig, att hon inte lämnade efter sig smutsiga föremål och att hon var en förebild för andra människor.⁵⁸

Förlossningar som ägde rum i hemförhållande och som ansågs vara normala i början kunde snabbt bli livshotande. Det var inte realistiskt att barnmorskan skulle kunna utföra olika ingrepp i hemförhållanden eftersom det krävde till exempel bra belysning, eventuell nedsövning, flera assistenter och vid behov en möjlighet till ingrepp vid ytterligare komplikationer.⁵⁹

Läkarna uppmanade kvinnorna att föda hemma ifall förhållandena i hemmet var bra och ifall familjerna var välbärgade.⁶⁰ Barnmorskorna önskade att endast sådana familjer som hade goda hemförhållanden skulle välja att föda hemma såsom förut.⁶¹ Barnmorskorna hoppades också att alla födande inte borde uppmuntras att föda på förlossningssjukhus, utan de som har ett bra hem där en förlossning kan skötas ska skötas där hemma.⁶²

Det kunde finnas ohyra i kvinnornas hemförhållanden och dessa kunde barnmorskan föra med sig till sitt hem och vidare till andras hem.⁶³

På följande sätt beskrev en barnmorska de dåliga förhållanden en kvinna befann sig i under en förlossning där kätans golv var täckt av kvistar och några våta och sura renskinn. I mitten av kätan fanns en eld och ovanför elden fanns en vattenkastrull. Belysningen kom från ett stearinljus. Modern låg på ett renskinn och hade svåra smärtor.

⁵⁴ Kättilölehti 12/1940 206-208

⁵⁵ Kättilölehti 9/1930 141-142

⁵⁶ Kättilölehti 5/1957 218-224

⁵⁷ Kättilölehti 6/1928 99

⁵⁸ Kättilölehti 9/1928 146-153

⁵⁹ Kättilölehti 6/1957 258-263

⁶⁰ Kättilölehti 2/1928 25-26

⁶¹ Kättilölehti 7/1930 104-110

⁶² Kättilölehti 1/1931 4-6

⁶³ Kättilölehti 10/1939 213-219

”Siinä on elämän karuus ja vaatimattomuus hupennettuna. Risuja hieman kodan pohjalla, pari kosteata ja hapanta porontaljaa niiden päällä, keskellä savuava tulensija ja sen yllä kookussa pikimusta vesikattila. Vakkasan mittainen kynttilänpätkä palaa vanhan voikiisan kannella. Ja odottava äiti makaa porontaljalla vaikeroiden ja kovissa tuskissa.”

Efter en stund upptäckte barnmorskan att barnet var i tvärläge och att barnets ena arm var ute. Barnmorskan hade inte lång betänketid och det skulle ha behövts flera visa läkare och assisterande barnmorskor men då måste hon klara sig själv. Med hjälp av vattnet i kastrullen fick hon de nödvändigaste instrumenten steriliserade. Hon gjorde det hon kunde göra och efter en timmes arbete skrek barnet för första gången.⁶⁴

Vägen till den födande kvinnan

Oberoende av vilket väder det än var skulle barnmorskan komma fram till modern. Ofta var det på nattetid barnmorskan skulle åka iväg. Ibland kunde det till och med vara fara för hälsan att ta sig fram. Barnmorskan skrev på ett sarkastiskt sätt att resan egentligen var den lättaste delen av yrket. Själva arbetet krävde kunskap, kämparanda och bestämdhet. Arbetet innehöll även rädsla för att allt inte skulle gå som planerat och önskat. Barnmorskan skulle vara beredd på att bli väckt när som helst under nattens lopp.^{65 66}

”Olkoon vaikka minkäläinen ukonilma, myrsky tai pakkaneen, mentävä on ja useimminkin se on yöllä kuin päivällä. Ei niin suurta lakkapää lainetta, että kättilöä kuljettava ruuhi takaisin kääntyy. Eikä niin paljon lunta, että jollain keinolla ei lävitse päästä. Usein henkensä kaupalla saadaan ponnistella eteenpäin.”

”Matka on sittenkin helpoin puoli kättilön työstä. Työ itse vaatii taitoa, tarmoa ja päättäväisyyttä.”

Barnmorskorna brukade ofta gå eller använda cykel. En barnmorska hade gjort beräkningar på de resor hon gjort under ett halvårs tid. Hon hade sammanlagt 28 resor, 21 av dessa resor var över fem km och de längsta var max 30 km långa. De fyra sista av resorna gjorde hon med hjälp av häst och de andra gående eller med cykel. Hon försökte få tillgång till häst ifall det var mörkt och halt men det gick inte alltid att ordna.⁶⁷ På nattetid skulle en häst eller biltransport vara optimalt men det var inte alltid möjligt. Barnmorskorna ansåg att de resor som var mellan 25-35 km var så långa att de inte skulle behöva gå dessa.^{68 69} Det kunde finnas risker med att ta sig fram med hjälp av cykel. Ifall barnmorskan cyklade omkull kunde det uppstå skador, som sedan kunde bidra till att barnmorskan inte kunde utföra sitt arbete.⁷⁰ Under en dag kunde barnmorskan gå ca 20 km. Det krävdes

⁶⁴ Kättilölehti 1/1951 14-18

⁶⁵ Kättilölehti 11/1929 194-200

⁶⁶ Kättilölehti 2/1943 32-34

⁶⁷ Kättilölehti 3/1942 43-45

⁶⁸ Kättilölehti 2/1942 24-25

⁶⁹ Kättilölehti 12/1944 229-230

⁷⁰ Kättilölehti 9/1941 154-158

rikligt med energi och bra skor.⁷¹ Stor del av arbetsdagen kunde gå åt till att ta sig fram till föderskorna.⁷²

Det faktum att Finlands invånare bodde så långt ifrån varandra och att vägförbindelserna var dåliga, hade en negativ inverkan på den kommunala barnmorskans arbete och effektivitet. Det som också framkom som problem var dåliga väderförhållanden att transportera sjuka mödrar och barn till sjukhus, samt bristen på platser i förlossningssjukhusen.⁷³⁷⁴ Kommunala barnmorskor hade för stora områden att sköta enligt Barnmorskeförbundet. Barnmorskornas arbetsuppgifter kunde bli lidande på grund av de långa resorna. Resorna kunde ta lång tid men kunde också bli kostsamma för barnmorskorna. Att barnmorskorna hade för mycket arbete kunde leda till att deras psykiska och fysiska hälsa försämrades.⁷⁵ Barnmorskorna ansåg själva att det från barnmorskans hem inte borde vara längre än 50 km till en födande kvinna i ett barnmorskedistrikt.⁷⁶ Förlossningsmöjligheterna i området påverkade till stor del den kommunala barnmorskans arbete. 173 barnmorskor skrev under en önskan om att få bättre färdmedel och reseersättning för att förbättra arbetsförhållandena.⁷⁷

Ifall det behövdes brådskande hjälp var vikten av närheten till en förlossningsanstalt eller sjukhus stor. Om det var omöjligt att åka till en förlossningsanstalt eller till ett sjukhus skulle barnmorskan tillkalla läkare till hemmet.⁷⁸ Barnmorskan hann ofta fram till hemmet först när barnet redan var fött. Hon kunde då upptäcka att hela mellangården var sprucken. Läkaren hann inte alltid till platsen och barnmorskan tvingades då bara göra sitt bästa.⁷⁹ Samma problem förekom fortfarande i slutet av 1950-talet i arbetsförhållandena vid gränsområdena och i Lappland, som påverkades mycket av den långa färden till en läkare.⁸⁰

I Lappland arbetade barnmorskorna i väldigt svåra arbetsförhållanden. En barnmorska hade varit på arbetsresa en längre tid och halvvägs stannade hon i en stuga för att vila sig. Till stugan hade det kommit en gravid kvinna för att berätta om sin graviditet och för att fråga barnmorskan ifall hon kunde närvara vid förlossningen. Barnmorskan lovade att hon skulle komma och hjälpa till när det blev dags för förlossning. Barnmorskan åkte med hjälp av renar hemåt följande dag. När det närmar sig förlossning kom en människa in mitt i natten och berättade för barnmorskan att förlossningen närmade sig. Först reste hon 150 km med ren och resterande 20 km med hjälp av skidor. Det snöade mycket och det blev bara svårare väderförhållanden att resa i. När de hade rest en halv dag var renarna så

⁷¹ Kättilölehti 3/1943 44-45

⁷² Kättilölehti 8/1950 283-285

⁷³ Kättilölehti 2/1957 40-56

⁷⁴ Kättilölehti 4/1957 176-180

⁷⁵ Kättilölehti 11/1951 319-328

⁷⁶ Kättilölehti 10/1933 161-165

⁷⁷ Kättilölehti 1/1958 90-100

⁷⁸ Kättilölehti 2/1931 43

⁷⁹ Kättilölehti 7/1943 113-119

⁸⁰ Kättilölehti 5/1956 189-195

uttröttade så de behövde få vila och bli matade. Barnmorskan och renskötaren höll även de en matpaus. Efter några timmar fortsatte de färden och mot kvällen tilltog det dåliga vädret. Under kvällens lopp anlände de till stugan som kvinnan och barnmorskan hade träffats i. Därifrån var det fortfarande en bit till den födande kvinnan och vägen var inte den lättaste att ta sig fram på. Barnmorskan började bli lite nervös över om de skulle hinna fram till kvinnan i tid. Till slut kom de fram till en kåta där kvinnan höll hus och där hon skulle föda.⁸¹

Fastän barnmorskorna klagade över långa resor, konstant tjänstgöring och vakande var de ändå tacksamma för det mentalt rika livet de fick genom att de upplevde sig vara så nära naturen.⁸²

De långa arbetstiderna

En kommunal barnmorska var i tjänst 24 timmar i dygnet och hon skulle alltid hållas nära hemmet eller vara nåbar ifall hon behövdes. Ifall hon avlägsnade sig skulle hon lämna ett meddelande om detta.⁸³

Barnmorskan spenderade i medeltal 18 timmar hos en födande kvinna i början av 50- talet.⁸⁴ Efter en förlossning var barnmorskan hos kvinnan i medeltal 4,9 timmar i Vasa län och 12,2 timmar i Egentliga Finland. Dessa tider var den kortaste och den längsta vårdtiden i Finland.⁸⁵ Arbetskraften var tunga och krävde ofta att barnmorskan vakade om nätterna.⁸⁶

Avvikande förlossningar

Barnmorskorna erkände att den bästa hjälpen vid svåra förlossningar kunde mödrarna få på en förlossningsanstalt. De kommunala barnmorskorna hade en viktig uppgift i att identifiera vilka mödrar som skulle komma att behöva sjukhusvård.⁸⁷ Det framkom dock att det inte fanns tillräckligt med förlossningsanstalter i landet och barnmorskorna var därför tvungna att sköta även de svårare fallen i hemförhållandena.⁸⁸

Vägen till sjukhuset kunde vara över 30 km. En kommunal barnmorska berättade om sina arbetsförhållanden under en arbetsdag och vad beslutet att åka till en förlossningsanstalt kunde leda till. Denna gång var det minusgrader på utsidan och de hade en lång väg till sjukhuset men barnmorskan tänkte på de goda förhållandena och möjligheterna som fanns på sjukhuset så hon valde att åka till sjukhuset med modern. Barnmorskan resonerade på det sättet att det på förlossningsanstalten var varmt, alla förnödenheter fanns till hands i förlossningsrummet, eftervården var god och maten näringsrik. På anstalten kunde barnmorskorna också ge råd om personlig hygien och vården av den

⁸¹ Kättilölehti 1/1951 14-18

⁸² Kättilölehti 12/1951 359

⁸³ Kättilölehti 6/1936 140-146

⁸⁴ Kättilölehti 7-8/1952 208-219

⁸⁵ Kättilölehti 3/1944 37-44

⁸⁶ Kättilölehti 6/1928 99

⁸⁷ Kättilölehti 3/1936 52-62

⁸⁸ Kättilölehti 4/1936 87-94

nyfödda. Familjen hade ingen häst och det skulle barnmorskan ordna för att de skulle kunna ta sig fram till sjukhuset. Hon gick till byns äldste och förklarade situationen. Byns äldste tog sin häst och hämtade modern. Barnmorskan bestämde sig för att vänta under tiden byns äldste hämtade modern, och barnmorskan väntade nervöst. Efter en tid kom hästkärran.

Barnmorskan planerade att göra en yttre undersökning i nästa by och där tänkte hon även byta till en annan häst. Sammandragningarna blev kraftigare, kylan tilltog och resan gick långsamt framåt. Barnmorskan berättade att det var så kallt så att hon inte ens kunde sitta ner i kärran. Ca 6 km från byn gick fostervattnet. Barnmorskan försökte lugna modern och bad henne att inte krysta. Kvinna steg upp på knä fastän barnmorskan förbjöd det, hon flåsade tungt och sade sedan lugnt att barnet nu var fött. Det enda barnmorskan kunde göra var att be kvinnan ligga lugnt under täcket med barnet. Då de kom fram till en skolgård sprang barnmorskan in och sökte efter sax och tråd. Hon hittade ingen tråd, så hon drog ut en tråd från en handduk. Hon kom tillbaka till modern och det nyfödda barnet, barnet levde som tur var fortfarande. Barnmorskan band navelsträngen och klippte den sedan. Barnet klarade sig fastän det föddes under resan och på nattetid i 40 minusgrader. Barnmorskan önskade att staten skulle kunna införskaffa något bättre färdmedel för dessa resor.

Ansvaret barnmorskan hade med att välja, om kvinnan kunde föda hemma eller ifall hon klarade av vägen till sjukhuset, var stort. Arbetsförhållandena kunde ändra fort. Därför krävdes det också kreativitet av barnmorskan.⁸⁹

”Mutta – kunnankättilön eteen voi nousta suuri mutta, yllättäen kuin salama kirikkaalta taivaalta ja silloin kysytään hänen tietojansa ja taitonsa sekä työkykynsä pätevyyttä, sillä silloin on toimittava silmänräpäyksessä. Ei ole tilaisuutta saada lääkäriä paikalle, eikä edes voi kysyä neuvoa kuten laitoksella toimiva kättilö aina voi tehdä. On muistettava, että Suomessa ei ole läheskään joka kodin seinällä puhelinta.”

Barnmorskan tvingades ta på sig svåra fall, dels p.g.a. förhållandena men oftast eftersom det kunde uppstå något mycket plötsligt. Vården av förlossningen skedde ungefär på samma sätt hemma som vid förlossningsanstalter, dock behövdes den ibland anpassas till förhållandena.⁹⁰ Den kommunala barnmorskans arbete var det barnmorskearbetet som innebar mest ansvar, eftersom hon inte alltid hade möjlighet att få hjälp av läkare. De kommunala barnmorskorna skulle också vara kunniga inom många olika områden och klara av att arbeta självständigt.⁹¹

Den kommunala barnmorskan handlade förlossningarna självständigt och läkaren kom endast ifall barnmorskan kallade.⁹² Svårigheten att få läkare till hemmen ökade

⁸⁹ Kättilölehti 1/1942 8-11

⁹⁰ Kättilölehti 7/1943 113-119

⁹¹ Kättilölehti 5/1943 69-75

⁹² Kättilölehti 10/1954 315-320

barnmorskans ansvar och barnmorskan blev ibland tvungen att göra saker som inte hörde till hennes arbetsuppgifter t.ex. svänga fostret till rätt läge.⁹³

Arbetsförhållandena varierade mycket beroende på den by eller stad som barnmorskan arbetade i. Det fanns byar där det överhuvudtaget inte fanns andra människor tillgängliga som hade utbildning inom vård eller medicin än barnmorskan.⁹⁴

En barnmorska berättade om en händelse där hon anlände till en tvillingförlossning 1-2 timmar efter att första barnet var fött. Andra barnet hade en arm ut och modern höll på att krysta. Närmaste telefon fanns 5-6 km bort och det var 35 km till närmaste läkare. Det skulle ta ca 2-3 timmar för läkaren att komma eftersom att det inte fanns någon bil tillgänglig. Barnmorskans enda möjlighet var att göra en inre rotation av barnet. Barnmorskan kunde bara hoppas på att barnet skulle överleva.⁹⁵

Barnmorskorna upplevde ofta spännande stunder genom nödsituationer vid bristfälliga hemförhållanden. Under sådana situationer hade barnmorskan mycket ansvar under den tid som hon väntade på hjälp eller när det inte var möjligt att få hjälp. Detta kunde leda till att barnmorskan tvingades göra ingrepp som hon inte hade befogenheter till. Redskapen hon hade tillgång till kunde vara t.ex. en potatisskål och även belysningen kunde vara dålig. Då kunde barnmorskans tankar flyga iväg till hur det var på förlossningsanstalter där de har hjälp nära till hands och alla moderna förnödenheter.⁹⁶ I arbetet uppstod det ofta också motgångar. Barnmorskan tvingades då att bita ihop och kämpa sig igenom att se lidande i sitt arbete.⁹⁷

Svåra och farliga situationer kunde uppstå och barnmorskan skulle vara redo inför alla situationer.

”Hänen tulee olla valmiina sekä päivällä, että yöllä ensikutusmuksesta lähtemään apua tarvitsevan luo, olkoonpa rikas tai köyhä, ylhäinen tai alhainen.”⁹⁸

En barnmorska berättade om när en 5000 grams pojke föddes. Förlossningen framskred normalt, men genast när barnet var fött började kvinnan blöda rikligt och moderkakan lossnade inte. Ingenting barnmorskan prövade hjälpte. Tillståndet var så hotande att det enda sättet att rädda kvinnans liv var att lossa moderkakan för hand. Patienten var nästan medvetstlöshet och låg i en låg säng. Barnmorskan var tvungen att klara sig med det hon hade och ingen hjälp var tillgänglig. Barnmorskan skulle då förutom kunskapen och de praktiska färdigheterna ha nerver och fysisk styrka. Både kvinnan och barnet överlevde. Efter en sådan kamp kunde barnmorskan känna att hon hade en viktig plats i samhället, men det var också i fall liknande det nyss nämnda, som barnmorskan upplevde de mest

⁹³ Kättilölehti 1/1928 5-14

⁹⁴ Kättilölehti 7/1943 113-119

⁹⁵ Kättilölehti 7/1943 113-119

⁹⁶ Kättilölehti 8/1935 133-137

⁹⁷ Kättilölehti 6/1928 99

⁹⁸ Kättilölehti 8/1928 134-136

dramatiska sidorna av arbetet. Barnmorskan kunde känna sig väldigt ensam och att hon hade ett stort ansvar på sina axlar.⁹⁹

Arbetsredskapen

Barnmorskeväskan var livsviktig för att barnmorskan skulle kunna utföra sitt arbete. Allt som fanns i väskan skulle vara i bra skick, snabbt tillgängligt och lätt att hitta. Själva väskan var mycket tung men också en del av själva innehållet, som kunde bestå av olika metallföremål, var tungt. En del av innehållet var mycket skört och en del kunde vara mediciner. Det var en utmaning att ta sig fram till hemmen utan att något gick sönder i väskan. Det var svårt att frakta väskan genom olika väderförhållanden och på olika färdmedel så som t.ex. på en cykel. Resorna till hemmen kunde vara mycket långa.¹⁰⁰

Att frakta den ca 12 kg tunga barnmorskeväskan kunde vara uttröttande. Det var skillnad på om barnmorskan utförde barnmorskearbetet uttröttad eller utvilad.

“Ei ole kättilön työlle samantekevää, tuleeko hän synnyttäjän luokse levollisena vai hengästyneenä ja kädet vapisevina raskaasta kantamisesta.”¹⁰¹

Barnmorskan tog alla redskap med sig så att hon inte skulle vara beroende av hemmets socioekonomiska status. Om barnmorskan hann till platsen i tid kunde hon förbereda rummet så att det motsvarade ett förlösningssrum i mån av möjlighet. Mödrarna brukade ofta ha rena lakan men förstås fanns det undantag och då kunde barnmorskan vara tvungen att låna lakan av grannen.¹⁰²

Genom att uppdatera och utveckla barnmorskeväskan så att den skulle passa bättre för de varierande arbetsförhållandena och transporten, försöktes arbetsituationen förbättras. Till exempel utvecklades väskan så att den skulle passa bättre på en sparkkälke.¹⁰³ Barnmorskorna ansåg inte att det borde krävas av dem att cykla med den tunga väskan långa vägar.^{104 105} Det hörde ändå till vanligheten att barnmorskeväskan skulle bäras en längre bit.¹⁰⁶

Förbrukningen av kläder var mycket större för en kommunal barnmorska eftersom kläderna skulle vara slitstarka och klara av olika väderförhållanden och färdmedel. Klädtvätt av dräkten och förklädet krävdes då ofta. Barnmorskorna skulle vara uppmärksamma på att förnya arbetsredskap ifall de blev i dåligt skick.^{107 108}

⁹⁹ Kättilölehti 7/1943 113-119

¹⁰⁰ Kättilölehti 10/1929 165-170

¹⁰¹ Kättilölehti 1/1934 3-8

¹⁰² Kättilölehti 7/1943 113-119

¹⁰³ Kättilölehti 2/1952 47-49

¹⁰⁴ Kättilölehti 2/1942 24-25

¹⁰⁵ Kättilölehti 12/1944 229-230

¹⁰⁶ Kättilölehti 9/1931 158-163

¹⁰⁷ Kättilölehti 11/1929 194-200

¹⁰⁸ Kättilölehti 2/1943 32-34

Krigstiden

Kriget påverkade också arbetsförhållandena. Barnmorskor evakuerades från de områden som Finland tvingades överge till Sovjetunionen. Dessa barnmorskor åkte till andra orter där arbetsförhållandena kunde vara väldigt tunga, och där de hade svårigheter att klara av att arbeta. Barnmorskorna fick ansvara även för de evakuerades vård. De evakuerade kunde bo väldigt tätt och i bristfälliga hem. Det krävdes kreativitet av barnmorskorna att ordna hemförhållandena så att de kunde förlösa där hemma utan större risker. Barnmorskorna skulle alltså även vara medvetna om alla gravida evakuerade.

Efter krigstiden, speciellt i Lappland blev förändringen stor jämfört med före krigstiden. Många hus revs ner och människor blev utan sina hem. I denna berättelse var det 20 minusgrader och en barnmorska befann sig i en förlossningsstuga. Där var arbetsförhållandena bristfälliga och föderskorna hade ett rum som var mycket enkelt. Väggarna var täckta med brun paff och det fanns tre sängar i rummet. I rummet fanns en 30 årig förstföderska som var väldigt tacksam för den vård hon fick. Ofta behövdes det extra sängar på grund av att det var så många föderskor där samtidigt. Det fanns också ett mindre förlossningsrum där det stod en vanlig säng, detta var ett förlossningsrum, alla åtgärdsförlossningar ägde också rum i detta utrymme. I Lappland var arbetsförhållandena annorlunda än i övriga Finland. Denna barnmorskans arbetsområde var större än hela Nylands län. Det fanns endast en bilväg som korsade hennes område, och detta betydde att hon ofta behövde resa med hjälp av häst, cykel, ren eller genom att promenera. Dessa resor kunde ta lång tid så kvinnorna uppmuntrades att komma till förlossningsstugan.¹⁰⁹

Arbetsförhållanden för barnmorskor på förlossningsanstalter

Detta kapitel är uppdelat i underrubriker enligt underkategorierna det ökade patientantalet på förlossningsenheterna, förlossningsanstaltens utrymme, barnmorskans stora ansvar, arbetsmängden, de långa arbetstiderna samt krigstiden.

Det ökade patientantalet på förlossningsanstalterna

Mängden kvinnor som födde på förlossningsanstalter hade ökat markant. Det fanns inte rum att ta emot alla födande kvinnor, dock var alternativet med hemförlossning inte det bästa eftersom husen ofta var små och boendesituationen dålig.¹¹⁰

År 1945 krävdes det att det i varje förlossningsanstalt, eller att det i närheten av anstalten skulle finnas en möjlighet att utföra kejsarsnitt vid behov. Det fanns bättre chanser att utföra arbetet rent och sterilt jämfört med i hemförhållanden. Det fanns också större möjligheter att utföra olika ingrepp vid anstalterna. Eftersom det var brist på patientplatser i anstalterna och avstånden var så långa, var det endast de svåra fallen som bland de kvinnor som bodde på landsbygden, som vårdades på anstalterna. Dessutom

¹⁰⁹ Kättilölehti 6/1947 115-117

¹¹⁰ Kättilölehti 11/1953 366-369

kom kvinnorna i ett sent skede till anstalterna, då var möjligheten till en god helhets vård nedsatt och resultaten blev sämre.^{111 112}

Patientmängden hade ökat på förlossningsavdelningarna. Detta ledde till att barnmorskan hade mera arbete och tvingades ta mera ansvar. De salar som var ämnade för åtta patienter innehöll ca 20-22 patienter samt deras barn. Vid total överbelastning kunde det finnas upp till 28 patienter per sal. Dessa arbetsförhållanden kunde vara en alldeles för stor ansträngning för barnmorskorna.¹¹³

Det syntes redan år 1932 att patientmängden var så stor att förlossningsanstaltens utrymmen inte räckte till. Patientmängden kunde vara fem gånger större än vad enheten var beräknad för. Att utrymmena var föråldrade och obrukbara gjorde det ännu svårare att utöva det viktiga forskningsbaserade barnmorskearbetet och även möjligheterna att lära ut var nedsatta. Mödrarna sköttes i stora vårdssalar som var ämnade för åtta patienter, men där det i verkligheten sköttes 20-22 mödrar samt deras barn av fem anställda barnmorskor.¹¹⁴ År 1933 fanns det 526 platser för födande kvinnor i Finland.¹¹⁵ Arbetstakten på förlossningsanstalterna var så hög att barnmorskorna bara hoppades att det skulle komma en lugn stund när de skulle kunna andas ut. Arbetet krävde stort tålamod.¹¹⁶

Förlossningsanstaltens utrymmen

Förlossningssalarna hade blivit ljusare och rymligare. Det sattes mer vikt på bekvämligheten. Ur den kommunala barnmorskans synvinkel var arbetsförhållandena mycket bättre på förlossningsanstalterna än vid förlossningar som ägde rum i hemmen. Den förnyade utrustningen på förlossningsanstalterna bidrog till bekvämligheten.¹¹⁷

Det berättas om en förlossningsanstalt där allt material förvarades i förlossningssalen och salen fungerade även som tvättrum. Salen kunde också fungera som förvaringsrum, barnkammare, patientrum, barnets tvättrum och akutmottagningsrum. Detta bidrog tyvärr till att det var dålig luft i salen, vilket försvårade barnmorskearbetet. Byggnaden var i så dålig kondition att det droppade vatten från tak och väggar. Det enda barnmorskorna kunde göra var att skicka hem patienterna så fort som möjligt för att få rum med nya patienter.¹¹⁸

¹¹¹ Kättilölehti 11/1945 177-186

¹¹² Kättilölehti 12/1945 204-208

¹¹³ Kättilölehti 1/1929 12-13

¹¹⁴ Kättilölehti 5/1955 155-156

¹¹⁵ Kättilölehti 4/1933 66-68

¹¹⁶ Kättilölehti 12/1959 448-454

¹¹⁷ Kättilölehti 1/1928 5-14

¹¹⁸ Kättilölehti 2/1932 23-27

Barnmorskans stora ansvar

Barnmorskan på förlossningsanstalten hade allt ansvar om hon var den enda barnmorskan. Barnmorskan kunde få hjälp av en hjälpreda som dock inte hade befogenheter att ansvara för vården.¹¹⁹

På statens förlossnings och gynekologiska avdelningar kunde även sjukskötare arbeta. Barnmorskan och sjukskötaren hade samma lön fastän barnmorskan hade en sådan utbildning som gjorde att hon var tvungen att ta mera ansvar.¹²⁰

Det framkommer att det i slutet av 1950 talet ansågs att barnmorskor som arbetade på mindre förlossningsanstalter hade ett för stort ansvar eftersom det inte fanns kunskap inom specialistsjukvården.¹²¹

Arbetsmängden

Till yrket hörde även matlagning, klädtvättning och städning m.m.¹²² Under fritiden hade barnmorskan också en del uppgifter eftersom att hon var ansvarig för vårdredskapen och linneförrådet. Det innebar att hon också skulle sy och reparera det som var söndrigt.¹²³

I de största enheterna kunde det finnas flera barnmorskor men också mera patienter. Den tunga arbetstakten hade antagligen en negativ inverkan på barnmorskan.¹²⁴ När förlossningsanstalterna blev fler behövdes det även mera barnmorskor. Det uppstod då brist på barnmorskor och arbetsbördan blev bara större för de arbetande barnmorskorna.¹²⁵

Det framkom alltså att det inte fanns tillräckligt med barnmorskor på förlossningsanstalterna. Detta ledde till att effektiviteten i arbetet inte var tillräcklig, på grund av att barnmorskorna var slutkörda. Krafterna tog slut snabbt på grund av det tunga arbetet, vilket i sin tur kunde leda till att barnmorskornas arbetsförmåga nedsattes. Barnmorskorna hade förutom sina arbetsuppgifter inom barnmorskearbetet också bland annat följande uppgifter; matlagning, sömnad och tvättning av textilier. Det viktigaste var trots detta att barnmorskorna handhade förlossningarna, barnen och eftervården. Mödrarna och barnen skulle få professionell vård men också mat och ett renligt, lugnt och vänligt bemötande. Dessa uppgifter kräver redan mycket kunskap, ordningsförmåga, saklighet, kämparanda, god hälsa samt att barnmorskan har en sådan natur att hon är anpassningsbar och har ett lugnt beteende. Dessa krav är svåra att uppfylla ifall förhållandena inte är goda och orken inte räcker till.

¹¹⁹ Kättilölehti 3/1929 51-52

¹²⁰ Kättilölehti 3/1953 93-97, 211-213

¹²¹ Kättilölehti 1/1958 6-8

¹²² Kättilölehti 7/1936 164-165

¹²³ Kättilölehti 3/1929 51-52

¹²⁴ Kättilölehti 1/1939 9-12

¹²⁵ Kättilölehti 11/1939 229-236

I en del enheter kunde en barnmorska ta hand om 100-173 föderskor under ett år. I vissa enheter kunde det vara fyra till sex patienter, mödrar och barn, och det föddes ungefär ett barn vart tredje dygn. I en del fall kunde det finnas två barnmorskor för 183-308 föderskor under ett års tid, förlossningar ägde då rum varje dag, det fanns då konstant sju till tolv mödrar och barn att sköta. I större enheter där det fanns upp till 558 föderskor per år arbetade det tre till fyra barnmorskor, och i de största sjukhusen kunde det finnas upp till 1283 föderskor årligen, vilka vårdades av sju till tolv barnmorskor. Då ägde det rum ett flertal förlossningar under ett dygn.¹²⁶

De långa arbetstiderna

Barnmorskan vakade även nattetid och handhade alla förlossningar samt alla patienter som var svaga under barnsängstiden. Det kom fram att barnmorskan ofta var tvungen att vaka två till tre dygn i rad utan att få vila på dagen, eftersom hon var den enda som skötte arbetet på anstalten. Barnmorskan fick vila de nätter då det inte finns några patienter i förlossningsrummet och ifall det inte fanns något avvikande med barnsängspatienterna. I en del sjukhus kunde det finnas en praktikant som fungerade som nattvakare. Hennes uppgift var bland annat att mata barnen kl. 22 och kl. 06. Antalet timmar barnmorskan hade arbetat dokumenterades inte någonstans.¹²⁷ Det fanns alltså inga ordentliga arbetstider, barnmorskorna var endast helt lediga under sin sommarledighet, som varade en månad.

I större anstalter kunde det finnas två barnmorskor men också dubbelt mera patienter. Arbetet var fördelat så att barnmorskorna vakade varannan natt. Den barnmorskan som vakade hade 30 timmars arbetstid. Fritid hade barnmorskan fem timmar varannan dag och varannan söndag. Detta betydde att den ena barnmorskan då ensam bar hela ansvaret. Barnmorskorna kunde ändå hjälpa varandra vid svåra fall, detta betyder att de i sådana fall kunde vaka flera dygn i rad. Arbetsdagens längd var minst 18 timmar och varje dag ägde förlossningar rum.¹²⁸

År 1936 blev den åtta timmars långa arbetsdagen vanligare, men barnmorskorna på förlossningsanstalterna kunde trots det arbeta två till tre dygn i sträck, ibland även längre. Trots detta krävdes det stor noggrannhet i barnmorskans arbete, hon skulle också vara vänlig och öm till sitt sätt.¹²⁹

De barnmorskor som arbetade dagtid i förlossningssalen arbetade 11-13 timmar dagligen. Dessutom turades de om att handlägga förlossningarna på nätterna. Nattbarnmorskan fick var sjätte natt ledigt och under hennes lediga dag vakade dag barnmorskan. Detta betydde att arbetsturer då blev väldigt långa. En del arbetsturer kunde vara upp till 36 timmar långa. I detta sjukhus arbetade två barnmorskor på dagen, dessa två handhade då alla förlossningar. Patientplatserna var närmare 20. Barnmorskan hade då ingen fritid.

¹²⁶ Kättilölehti 9/1938 282-284

¹²⁷ Kättilölehti 3/1929 51-52

¹²⁸ Kättilölehti 1/1939 9-12

¹²⁹ Kättilölehti 7/1936 164-165

Hur orkade barnmorskorna arbeta i sådana förhållanden där arbetet krävde hela deras kropp och själ. Barnmorskorna vågade inte be om förbättring eftersom det på denna tid var svårt att få arbete som barnmorska. Detta kunde leda till att barnmorskor insjuknade på grund av överansträngning.¹³⁰

Krigstiden

Under och efter krigstiden ökade planeringen och uppbyggnaden av förlossningsanstalter markant. I en del områden gick utvecklingen fortare framåt. Förlossningsanstalterna kunde i en del områden stå för ca 81 % av förlossningarna medan andra områden låg på 15 %.¹³¹

Krigstiden förändrade barnmorskornas arbetsförhållanden enormt, speciellt i drabbade områden. Till exempel evakuerades Barnmorskeinstitutets sjukhus i Helsingfors till en lokal utanför staden. Barnmorskorna kunde under denna tid vara tvungna att utföra sitt arbete i trånga utrymmen. Under tiden Barnmorskeinstitutet var evakuerat hann barnmorskorna ta hand om 394 födande kvinnor. En barnmorska uttryckte sig på följande sätt om arbetet under krigstiden. Att utföra barnmorskearbete under krigstiden kändes enligt barnmorskan fosterländskt. Det kändes för barnmorskorna som att de gjorde mer nytta för sitt fosterland än de någonsin förut hade gjort. Barnmorskan tänkte även att fäderna fick kraft att strida genom att de visste att deras barn och fruar var i goda händer.

¹³²

”Omasta puolestani voin sanoa, etten milloinkaan ole tuntenut itseäni enemmän isänmaalliseksi ja milloinkaan tuntenut olevani isänmaalle enemmän hyödyksi kuin saadessani hoitaa äitejä ja heidän pienokaisiin tänä kauhun aikana. Ja olen myös varma siitä, että isät kuullessaan, etäät heidän omaisiaan hyvin hoidettiin, yhä paremmin jaksoivat ponnistella ja taistella taisteluaan kodin ja isänmaan puolesta.”

Under krigstiden var barnmorskorna flera gånger tvungna att flytta ner patienter till bombskyddet. Det hittades en tillfällig lokal för Barnmorskeinstitutet som annars var verksam i Helsingfors. Den tillfälliga lokalen fanns i närheten av Helsingfors. I lokalen fanns det dåligt med utrymme, men barnmorskorna var ändå nöjda över att de hade hittat en så bra lokal som kunde erbjuda värme, ljusa utrymmen och en trygghetskänsla åt såväl kvinnor som barnmorskorna. När mödrarna var tvungna att flytta från ett ställe till ett annat kunde de ha svårt att anpassa sig till den nya platsen. De vände sig ofta till barnmorskorna med sin oro. Av barnmorskorna krävdes då ytterligare tålamod, list och mest av allt en god vilja att ta hand om kvinnorna med förståelse och kärlek. Barnmorskorna uppskattades för det arbete de utförde för det kära fosterlandet under krigstiden.¹³³

¹³⁰ Kättilölehti 1/1933 13

¹³¹ Kättilölehti 1/1954 9-12

¹³² Kättilölehti 7/1940 105-109

¹³³ Kättilölehti 1/1940 4-5

Tolkning

I detta kapitel speglas resultatet mot den teoretiska utgångspunkten som är vald för denna studie. Vi kommer även i detta kapitel spegla resultatet mot fakta och de studier som framkom i bakgrunden.

Tolkning speglad mot den teoretiska utgångspunkten

I studiens resultat framkom att det fanns många olika tankar kring vad som påverkade arbetsförhållandena både för de kommunala barnmorskorna samt för barnmorskor som arbetade på förlossningsanstalter. De kommunala barnmorskornas arbetsförhållanden påverkades av föderskans hemförhållanden, lång väg till föderskan, barnmorskornas självständighet, arbetstider, arbetsredskap samt krigstid. Arbetsförhållandena på förlossningsanstalterna påverkades av det ökade patientantalet, förlossningsanstaltens utrymmen, det stora ansvaret, arbetsmängden, de långa arbetstiderna samt krigstiden.

Enligt Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) teori möter barnmorskor svåra utmaningar när de ska sammanföra så många olika faktorer och element i sitt arbete. När barnmorskan lyckas med detta vinner kvinnan som vårdas på det. I Halldorsdottirs teori delas barnmorskans egenskaper in i följande delar; *professionell omvårdnad, professionell vishet, professionell kompetens, kommunikation och anknytning, Personlig och professionell utveckling*.

Barnmorskan spenderade många timmar hemma hos den födande kvinnan. Barnmorskan ville ge kvinnan god vård, dock kunde arbetet bli lidande på grund av långa vägar till föderskorna och utmattade barnmorskor. Kvinnan skulle känna att det var enkelt att söka hjälp och att barnmorskan fanns där för henne när hon behövde det. *Professionell omvårdnad* var en viktig del av barnmorskeyrket.

Barnmorskan skulle ha en bred kunskap om normala förlossningar och även komplicerade förlossningar. Det krävdes en viss kreativitet av barnmorskan när det inte fanns ordentliga redskap till hands. Barnmorskan skulle vara tvungen att agera i situationer som snabbt kunde förändras. Det var även viktigt att barnmorskan kunde förutspå och bedöma ifall kvinnan var i behov av läkarvård eller transport till förlossningsanstalt. Det var även viktigt att barnmorskan kunde läsa av omgivningen och förstå ifall kvinnan inte kunde föda i de hemförhållanden hon befann sig i. *Professionell vishet* var grundläggande för att barnmorskan skulle kunna arbeta så självständigt som hon var tvungen att göra.

Professionell kompetens var viktigt eftersom barnmorskan arbetade självständigt och ibland var tvungen att agera utanför sitt yrkesområde. För att säkra moderns och barnets hälsa var barnmorskan tvungen att kunna sitt arbete grundligt. Eftersom att det inte fanns andra barnmorskor att fråga under en förlossning som det t.ex. finns i dagens förlossningssalar, var barnmorskan tvungen att ta beslut på egen hand.

Eftersom barnmorskan var gäst i kvinnans hem var det viktigt med en god anknytning och kommunikation till familjen. Det var viktigt för barnmorskan att ha en god kontakt till byns kvinnor så att kvinnorna anförtrode sig till barnmorskan då när de blev gravida och då det var dags för förlossning. *Kommunikation och anknytning* var viktiga delar av barnmorskans yrke.

Personlig och professionell utveckling var viktig eftersom barnmorskans arbete var mycket självständigt och ensamt, vilket i sin tur krävde att barnmorskan hade en god självkännet och likaså god självutveckling för att kunna utveckla sig i sitt arbete, samt kunna arbeta självständigt eftersom läkare inte alltid fanns till hands. Barnmorskeyrket utvecklades hela tiden och detta krävde att barnmorskorna också utvecklades i takt med yrket. Barnmorskan skulle även utvecklas personligt till en stark och självständig individ för att klara av arbetsförhållandena och det som arbetet bjöd på. Barnmorskan visste när hennes kunskap inte längre räckte till och när kvinnan var i behov av vidare vård.

Tolkning speglad mot studiens bakgrund

Långa resor med bristfälliga färdmedel, dåliga hemförhållanden, överbelastade förlossningsanstalter, konstant tjänstgöring och ett tungt arbete tyder på att barnmorskornas arbetsförhållanden under 1930-1960-talet inte var de bästa. Arbetskyddsförvaltningen (2015) skriver att arbetsförhållandena bildar grunden för ett tryggt, sunt och lönsamt arbete. De poängterar även att när det råder goda arbetsförhållanden är den fysiska och psykosociala belastningen under kontroll. I de berättelser vi fick ta del av i resultatet framkommer att den fysiska och psykosociala belastningen högst troligen inte var under kontroll.

Under den tidsepok som vår studie handlar om framkommer det även att största delen av barnmorskornas vakna tid och liv gick åt till arbetet. Arbetsförhållandena begränsade tiden för fritid och privatliv extremt mycket. Barnmorskorna skulle vara beredda att arbeta oberoende av vilken årstid eller vilken tid på dygnet det var. I resultat av vår studie framkommer det ingen information om barnmorskornas familjeförhållanden under 1930-1960-talet. I Aaltonens (2011) studie framkommer det att de flesta barnmorskorna var ogifta ända till år 1912. En del kommuner krävde även att barnmorskorna var ogifta.

Det framkom i resultatet att de kommunala barnmorskornas arbetstid mer och mer gick åt till andra sysslor än förlossningsvård. I bakgrunden framkom det fakta om att de kommunala barnmorskornas arbetsuppgifter förändrades drastiskt efter 1930-talet. Som det framkommer i Teperi och Vuorenkoskis (2005) studie förändrades lagstiftningen år 1944, vilket krävde att det skulle finnas en mödra- och barnrådgivning i varje kommun.

I resultatet av studien framkom det hur svåra resorna till föderskorna kunde vara. De långa resorna med otympliga färdmedel var en stor orsak till att arbetsförhållandena var så tunga för de kommunala barnmorskorna. Likaså de bristfälliga och fattiga hemförhållandena påverkade negativt på barnmorskornas arbete och arbetsförhållanden.

I Hoppas (2010) studie framkom det att kommunala barnmorskors arbetsförhållanden var svåra på grund av dåliga vägförbindelser och fattiga hem där förlossningarna ägde rum.

I resultatet framkommer även hur olika områden i Finland påverkades i större grad på grund av dåliga vägförbindelser. I Oinas, Nikkonen och Pietiläs forskning framkom det hur det i norra Finland kunde vara ett problem för barnmorskan med de dåliga vägförbindelserna. I forskningen beskrivs även de olika färdmedel som barnmorskan använde sig av för att ta sig fram till hemmen i sitt distrikt.

Krigstiden påverkade barnmorskornas arbete och arbetsförhållanden. Till exempel fanns det människor från krigshärjade områden som var evakuerade till orter runt om i Finland. Däribland fanns gravida kvinnor som var i behov av vård. En del förlossningsanstalter tvingades evakuera till bombskydd eller fortsätta sin verksamhet i andra utrymmen på annan ort. I bakgrunden framkommer fakta om att det under den valda tidsepoken föregick tre krig i Finland.

Det faktum att barnmorskorna på förlossningsanstalterna hade bättre arbetsförhållanden var ofta förekommande i resultatet. Även en viss avund kunde skönjas från de kommunala barnmorskorna över hur fina arbetsförhållanden barnmorskorna hade på förlossningsanstalterna. Dock framkommer det även tankar kring att barnmorskorna på förlossningsanstalterna också hade svåra arbetsförhållanden, trånga utrymmen och överbelastade avdelningar. Detta varierade även beroende på vilken förlossningsanstalt som var det var frågan om. I Pilvis (2013) studie framkom det att det fanns ett stort behov av förlossningsplatser. Detta poängterades många gånger i materialet. Hoppa (2010) skrev att de barnmorskor som skötte hemförlossningar hade sämre arbetsförhållanden jämfört med de barnmorskor som arbetade på förlossningsanstalter.

Kritisk granskning

Artiklarna i Kätilölehti var nedskrivna på finska. Materialet som används i resultatet översattes från finska till svenska. Vi behärskar både finska och svenska, och det har även varit till stor nytta i översättningsprocessen att en av oss har finska, och den andra har svenska som modersmål. Eftersom en stor del av texterna är präglade av det uttryckssätt som var kännetecknande för den tidsperioden och eftersom en del av berättelserna innehöll dialektala uttryck fanns det en del svårigheter med tolkningen. För att få tolkningarna så sanningsenliga som möjligt fördjupade vi oss grundligt i materialet. Ifall det fanns gamla uttryckssätt som vi inte förstod kunde de oftast förstås utifrån kontexten, och eftersom uttryckssätten också förekom ofta i texterna byggdes det upp en förståelse för dem. För att få en förståelse för barnmorskans tankevärld och levnadssätt under denna tid, krävdes det djupare grävning i hur samhället såg ut under denna tidsperiod för att kunna tolka rätt.

Vi hade först i åtanke att fokusera sig på Österbotten, eftersom våra barnmorskestudier äger rum i Vasa. Snabbt växte dock insikten att det inte kommer att finnas tillräckligt med

material i Kättilölehti enbart från Österbotten för att kunna utveckla en sådan studie. Därför valdes hela Finland som område. Det framkom även att beroende på var i Finland barnmorskorna befann sig var arbetsförhållandena olika och utvecklingen mellan olika städer eller byar kunde variera. Därför kunde barnmorskor på en del ställen kämpa med problem som barnmorskor i andra områden redan hade övervunnit. Redaktörens förord i varje tidning gav oss en riktning om vilka problem eller händelser som var aktuella under den tiden. Dessa riktlinjer följde vi och tog med i studien.

Flera likadana berättelser om arbetsförhållanden stöder varandra och på så sätt kunde vi ha mer tillit till att det faktiskt var verkligheten för de flesta. Eftersom att fokus inte var på ett specifikt område i Finland, var det viktigt att få berättelser från hela landet och det möjliggjordes tack vare Kättilölehti.

Eventuellt skulle vi kunnat använda sig av intervjuer som material i studien. Denna datainsamlingsmetod uteslöts när omfattningen på materialet i Kättilölehti kom till känna. Att studera dokument från landsarkivet övervägdes också men valdes sedan bort på grund av rädslan för att det skulle förekomma endast statistisk information och inte berättelser som framhävde barnmorskornas tankar.

Vid en historisk studie med material som är nedskrivet för en tid sedan finns det olika saker att överväga. Vi kunde inte veta om skribenterna i Kättilölehti var sanningsenliga i sina berättelser och även om de hade varit ärliga kunde skribenterna ha kommit ihåg händelserna fel. Berättelserna i tidningen kunde vara överdrivna för att berättelsen skulle bli mer intressant för läsaren eller så kunde fallet vara så att berättelserna hörde till extremfall som hände sällan och inte hörde till barnmorskornas vardag.

Vi valde att inte inkludera forskning som inte var relevant för studien, i bakgrunden. Eftersom studien fokuserar sig på åren 1930 till 1960 i Finland fanns det svårigheter att hitta forskningar som rörde detta ämne. Vi fann endast pro gradu-avhandlingar som motsvarade sökkriterierna och valde därför att inkludera dessa i bakgrunden.

Egna livserfarenheter och kunskaper kan påverka sättet vi tolkar de olika berättelserna på, en strävan efter att försöka tolka berättelserna så objektivt som möjligt fanns med under hela processen. Respondenterna till denna studie har även under översättnings- och tolkningsprocessen kontrollerat att tolkningarna i texten överensstämmer med bådas tolkning.

Diskussion

Allt eftersom vården och samhället utvecklas, utvecklas även barnmorskeyrket och dess arbetsförhållanden. I skrivande stund är det till exempel aktuellt att sjukvårdsdistrikten förstoras och att mindre förlossningssalar stängs ner. Detta kan ha en stor inverkan på barnmorskornas arbetsförhållanden i Finland. Hur långa vägar ska gravida kvinnor behöva åka för att komma fram till ett förlossningssjukhus? I denna studie framkom vikten av närheten till en förlossningsanstalt, i slutet av den valda tidsepoken år 1960 var utbudet av

förlossningsanstalter större men nu år 2015 prioriteras inte de mindre förlossningsanstalterna längre. Mindre förlossningsanstalter stängs ner, till exempel är det inte många år sedan förlossningssalen i Jakobstad stängdes ner. Kommer hemförlossningar att bli vanligare igen på grund av fulla förlossningsavdelningar samt långa sträckor till sjukhusen?

I resultatet framkom att det fanns många tankar och åsikter kring vad som påverkade arbetsförhållandena både för de kommunala barnmorskorna och för barnmorskorna som arbetade på förlossningsanstalter. Till vad som påverkade de kommunala barnmorskornas arbetsförhållanden hörde tankar kring föderskornas hemförhållanden, vägen till föderskorna, de långa arbetstiderna, avvikande förlossningar, arbetsredskapen samt krigstiden. Arbetsförhållandena på förlossningsanstalterna påverkades av patientantalet på förlossningsanstalterna, förlossningsanstaltens utrymmen, barnmorskans stora ansvar, arbetsmängden, de långa arbetstiderna samt krigstiden.

I dagens samhälle prioriteras fritid och privatliv högt. I studien framkom att arbetsförhållandena krävde att många barnmorskor arbetade dygnet runt och att fritiden samt privatlivet blev lidande. Känslan av att barnmorskan oftast endast hade sin yrkesidentitet var påtaglig. I dagens samhälle har barnmorskorna tid för att vara mer än bara barnmorska.

Vi valde en kvalitativ och idéhistorisk metod eftersom intresset för tankarna och berättelserna satte grunden för studien. De berättelser som hittades i Kätilölehti är mycket värdefulla och är alla värda att bli berättade om och om igen. Fastän en del av de berättelser som fanns i materialet antagligen hörde till ovanligheterna är de värda att föras vidare. Nuförtiden känns det som att det oftare är statistiken som lever vidare och vi valde därför att lyfta fram berättelserna istället för siffrorna. Den teoretiska referensramen valdes med kriterierna att teorin skulle handla om barnmorskearbetet och att den skulle vara anpassningsbar i denna studie.

Eftersom att vi ansåg att de artiklar som hittades i Kätilölehti var så intressanta var det ibland svårt att fokusera på syftet med studien. Ibland hittade vi oss själva svävande långt utanför vårt syfte och fick då lägga på skygglapparna för att inte ta oss vatten över huvudet. Denna studies styrka är det omfattande materialet som användes.

Eftersom att materialet som återfanns i Kätilölehti var så rikt och innehöll så fina berättelser skulle en vidare studie kunna göras med en lite annan inriktning, till exempel barnmorskans arbetsuppgifter under samma tidsepok.

Källförteckning

- Aaltonen, P., 2011. *Hämeenlinnan lääkäripiirin koulutetut kättilöt vallan rakenteissa 1879-1920*. Helsingin Yliopisto. Filosofian, historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28504/hameenli.pdf?sequence=1> (Hämtad 21.11.2014)
- Arbetskyddsförvaltningen, 2015. *Arbetsförhållanden*. Arbetskyddsförvaltningens webbtjänst. <http://www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetsforhallanden> (Hämtad 25.10.2014)
- Bryman, A., 1997. *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur. 77.
- Carlsson, B., 1997. *Innehållsanalys. Grundläggande forskningsmetodik – för medicin och beteendevetenskap*. 84–89.
- Danielsson, 2013. *Vetenskaplig teori och metod: Kvalitativsinnehålls analys*. Studentlitteratur. 330-343.
- Eriksson, K & Matilainen, D. Red., 2002. *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "Caritas orginalis"*. Vårdforskning 8. Åbo Akademi. Institution för vårdvetenskap.
- Haapala, P., 2007. *Suomalaisen arjen historia 3. Modernin Suomen synty - Kun kaikki alkoi liikkua*. Porvoo: Weilin & Göös. 47–63.
- Halldorsdottir S. & Karlsdottir Sigfridur I., 2011. *The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery*. Scandinavian Journal of caring sciences. 25, 806-817. <http://ezproxy.novia.fi:2095/ehost/detail/detail?vid=4&sid=64801133-64ec-4c85-947eb870do3924b9%40sessionmgr198&hid=128&bdata=JnNpdGUgZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011345449> (Hämtad 25.11.2014)
- Harjula, M., 2007. *Suomalaisen arjen historia 3. Modernin Suomen synty - Irti kivulloisuuden kahleista*. Porvoo: Weilin & Göös. 83–99.
- Henricson, M. & Billhult, A., 2013. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Kapitel 6 – Kvalitativ design*. Lund: Studentlitteratur. 129–137.
- Hoppa, K., 2010. *Paarmurskoista koulutettuihin kättilöihin. Kunnankättilön työ sekä raskauden seurannan ja synnytyksen medikalisoituminen Pohjois-Suomessa vuosina 1900-1960*. s. 91. Turun Yliopisto. Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67391/hoppa2010.pdf?sequence=1> (Hämtad 21.11.2014.)
- Höjeberg, P., 2015. *Barnbördshus. Nationalencyklopedin AB 2015* <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/barnbördshus>. (Hämtad 16.3.2015)
- Henricson, 2012. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- International Confederation of Midwives, 2011. *ICM International Definition of the Midwife*. <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf> (Hämtad 29.11.2014)
- Oinas, E., Nikkonen, M. & Pietilä, A-M. 1999. *A midwife-public-health nurse's work in northern Finland, 1950-1987*. International Journal of nursing practice. <http://ezproxy.novia.fi:2095/ehost/detail/detail?vid=6&sid=64801133-64ec-4c85-947e-b870do3924b9%40sessionmgr198&hid=128&bdata=JnNpdGUgZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2000002601> (Hämtad 25.11.2014)
- Olsson, H. & Sörensen, S., 2007. *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber. 33.
- Kylmä, J. & Juvakka, T., 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahti, A. 2014. *Ammattina kättilö. Maalaiskättilön työ 1900-1920 Jyväskylän piiriläkäripiirissä ja kättilöiden kirjoituksissa*. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44373/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201410022923.pdf?sequence=1> (Hämtad 30.11.2014.)
- Lindgren, H., Hildingsson I., Christensson K. & Rådestad I., 2008. *Transfers in Planned Home Births Related to Midwife Availability and Continuity: A Nationwide Population-Based Study*, Vol.

- 35 Issue 1, pg-15. 7p. 3 Charts. Birth: Issues in Perinatal Care
<http://ezproxy.novia.fi:2095/ehost/detail/detail?vid=10&sid=64801133-64ec4c85947eb870d03924b9%40sessionmgr198&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010020109> (Hämtad 25.11.2014)
- Forskningsetiska delegationen, 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors. 5.
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>. (Hämtad 1.12.2014)
- Munk, L., 2013. *Att arbeta som barnmorska*. Vårdförbundet. <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Barnmorska/Att-arbeta-som-barnmorska/> (Hämtad 1.12.2014)
- Papadopoulos, I., 2006. *Transcultural Health and Social Care, Development of Culturally Competent Practitioners*. Middlesex University, London, UK
- Pilvi, A., 2013. "Säästyä siten lapsia ja äitejä." *Synnytyksien siirtyminen kotoa sairaaloihin. Synnytyksen laitostumisesta käyty keskustelu synnytyksen ammattilaisten lehdessä 1935-1959*. Helsingin yliopisto.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135430/progradu_ainola.pdf?sequence=1
 (Hämtad 30.11.2014.)
- Rytkönen, L., 1997. "Jo 100 vuotta omaa lehteä" *Kättilölehti 1896 –1996*. Pro Gradu- studie. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8409/695.pdf?...1> (Hämtad 19.10.2015.)
- TENK, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors. Forskningsetiska delegationen. (Hämtad 25.10.2015)
- Teperi, J. & Vuorenkoski, L., 2005. *Suomalaisten terveys - Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen*. 2015 Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suoooo05 (Hämtad 23.2.2015)

Bilaga Kättilölehti källförteckning

Nummer/	Årtal	Författare	Sidor
1/1928		Käännös Jordmodern-lehdestä	5-8
1/1928		I – a T – a.	12-14
2/1928		Kaisu Lilja	25-26
6/1928		Anna Rantanen	99
8/1928		G. L.	134-136
9/1928		G.L.	146-153
1/1929		Osign	12-13
3/1929		”Entinen Laitoksen Kättilö!”	51-52
11/1929		Emmi Lindström	194-200
7/1930		Miina Viljamäki	104-110
9/1930		Martti Siirala	141-142
1/1931		Marianne Ekman	4-6
2/1931		Martti Siirala	43
6/1931		Martti Siirala	94-97
9/1931		Martti Siirala	158-163
12/1931		Osign.	210
2/1932		Marianne Ekman	23-27
1/1933		Osign.	13
4/1933		Laimi Leideniuksen	66-68
10/1933		Martti Siirala	161-165
1/1934		Rosa Lilja-Johnsson	3-8
9/1934		Elisabet Kareinen	151-154
8/1935		Erkki Warén-Waris	133-137
3/1936		Hannes Röymä&Herman Lavonias	52-62
4/1936		Rosa Lilja-Johnsson	87-94
5/1936		Herman Lavonius	103-112
6/1936		Herman Lavonius	140-146
7/1936		Liite N:o 26	164-165
1/1938		Osign.	1-4
3/1938		Emmi Lindström	54
9/1938		Osign.	282-284
1/1939		Kersti Vuorjoki	9-12
2/1939		Emmi Lindström m.fl.	27-31
10/1939		Martta	Koskela 213-219
11/1939		Alarik	Jahkola 229-236
1/1940		E.S	4-5
7/1940		Marianne Ekman	105-109
12/1940		Kunnankättilö	206-208
4/1941		Osign.	54-57
4/1941		Kersti Vuorijoki	58-59
9/1941		Elli Viho	154-158
1/1942		Laila S.	8-11
2/1942		”Kotirintaman kättilö”	24-25
3/1942		Tyyne Kaitila	43-45
3/1943		H. M. V.	44-45
2/1943		Osign.	32-34
5/1943		Aulis Apajanlahti	69-75
7/1943		Lyyli Malmila	113-119
1/1944		Laila Numminen	4-5
3/1944		Osign	37-44
4/1944		Risto Ryti & Leo Ehrnrooth	59-65
12/1944		H. L.	229-230
11/1945		Sakari Parviainen	177-186
12/1945		Osign.	204-208
6/1947		A. B.	115-117

8/1950	M. Aimonen	283-285
1/1951	Topo Leistelä	14-18
11/1951	Anna Tamminen	319-328
12/1951	Margareta	359
2/1952	Sirkka Melto	47-49
7-8/1952	Osign.	208-219
3/1953	Kättilöliitto (Kyllikki Pohjala)	93-97
3/1953	Irma Torvi m.fl.	211-213
11/1953	Olga Toivanen	366-369
1/1954	Osign.	9-12
10/1954	Marketta Aukio	315-320
5/1955	A.R.	155-156
5/1956	Anja Bardy	189-195
2/1957	S. Parviainen	40-56
4/1957	L. V-e	176-180
5/1957	Helena Tarkiainen	218-224
6/1957	A. Saloheimo	258-263
1/1958	L. V-E.	6-8
1/1958	Elina Visuri	90-100
5/1958	Eila Olsson	186-198
12/1959	Kaisa Jääskeläinen	448-454

Poster: Arbetsförhållandena i en by i Österbotten - Ur en kommunal barnmorskas synvinkel

BARNMORSKA I EN BY I ÖSTERBOTTEN

ARBETSFÖRHÅLLANDEN UNDER 1950 TALET

Arbetstiderna

- Långa arbetsdagar
- Ofta kontaktades barnmorskan nattetid
- En del veckor kunde vara lugna med endast rådgivningsdagar
- En gång ägde två förlossningar rum på samma gång och den ena kvinnan var tvungen att åka till närmaste förlossningssjukhus
- Barnmorskan var så länge hos patienten som det behövdes, minst 6 timmar efter förlossningen

Vägen till den födande kvinnan

- Långa avstånd till föderskorna, 50-60 km var de längsta sträckorna
- Började med att använda cykel, en blå Monark som kommunen betalade
- Köpte sig sedan en egen moped
- Skaffade sig bilkörkort i ett senare skede
- Vid dåligt väder ringde barnmorskan efter taxi som kom från grannbyn

Arbetsredskapen

- Använde sig av en stor kappsäck
- Kommunen stod för väskan
- Väskan innehöll det som barnmorskan behövde, allt från stickbäcken till barnmorsketratten
- De arbetsredskap som behövdes för barnmorskearbetet köpte kommunen åt barnmorskan



Föderskans hemförhållanden

- Hemmen kunde vara små, en del hem var endast som en liten kammare
- Hemmen var ofta i dåligt skick
- Många hem var inte optimala för hemförlossning
- Kvinnorna ville helst föda i sitt eget hem istället för på sjukhuset

Efterkrigstidens påverkan

- Krigstiden hade självfallet påverkat bygden
- Budgeten var inte så stor och hemförhållandena hade påverkats negativt

Avvikande förlossningar

- Upplevde mest normala förlossningar
- Läkaren fanns i grannbyn, kom när han tillkallades
- Vid en del förlossningar visste inte barnmorskan vad som väntade ifall att kvinnan inte hade varit på några kontroller under graviditeten

Utvecklingsarbete på examensarbetet "Att förlösa i oljelampans sken - Från hemförlossning till förlossningssjukhus - bärande idéer och tankeströmningar kring barnmorskans arbetsförhållanden under åren 1930-1960".

Yrkeshögskolan Novia, Vasa, 2016

Skribenter: Karoliina Koivurinne och Sandra Lybäck

Handledare: Anita Wikberg

Abstrakt för poster Arbetsförhållandena i en by i Österbotten - Ur en kommunal barnmorskas synvinkel

Bakgrund

Studiens bakgrund är examensarbetet *Att förlösa i oljelampans sken – Från hemförlossning till förlossningssjukhus – bärande idéer och tankeströmningar kring barnmorskans arbetsförhållanden under åren 1930–1960* (Koivurinne & Lybäck, 2015). Examensarbetet var en analys av artiklar i Tidskrift för barnmorskor. I resultatet framkom att de kommunala barnmorskornas arbetsförhållanden påverkades av föderskornas hemförhållanden, vägen till föderskorna, de långa arbetstiderna, avvikande förlossningar, arbetsredskapen samt krigstiden. Studierna har gjorts med anledning av barnmorskeutbildningens 200-årsjubileum år 2016.

Undersökningsfrågor

Syftet är att öka förståelsen för upplevelser av arbetsförhållandena som kommunal barnmorska.

Metoder

En temaintervju med en barnmorska som arbetat under åren 1930–1960 har utförts. Intervjun har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Forskningsetiska principer har följts.

Resultat

Resultatet presenteras i en poster. På landsbygden ägde förlossningarna oftast rum i föderskans hem. Föderskans hemförhållanden kunde vara eländiga och fattiga. Barnmorskan fick ta sig fram till föderskan under årets och dygnets alla tider till fots eller med cykel. Under vintern kunde sparkstötting eller hästskjuts användas. Barnmorskeväskan var tung och svår att frakta. Den innehöll utrustning som behövdes under hemförlossningen. Barnmorskans viktigaste redskap var tratten. Barnmorskorna var alltid i tjänst och kunde kallas till en förlossning när som helst. Trots långa och svåra resor, konstant tjänstgöring och vakande upplevdes arbetet givande och uppskattades av mödrarna och familjerna.

Konklusioner

Arbetsförhållandena för den kommunala barnmorskan var svåra. Barnmorskors berättelser är värdefulla att bevara för framtiden och ger en förståelse för hur arbetsförhållandena, yrket och mödrarnas hälsa och samhällets har förändrats.

Perinatal dödlighet i 1800-talets Österbotten

Mikaela Mård

Inledning

Mitt ursprungliga intresse var att undersöka hur barnmorskorna upplevde och beskrev dödsfall i samband med förlossningen, men efter att ha läst några barnmorskors anteckningar konstaterade jag att döden var så naturlig på 1800-talet i jämförelse med idag, att deras upplevelser inte beskrevs i någon större utsträckning. Därför har jag istället valt att göra en kvantitativ studie för att kunna undersöka vilka faktorer som påverkade den perinatala dödligheten under slutet av 1800-talet.

Betydelsen av historia är svår att mäta, eftersom historien är en så oskiljaktig del av den mänskliga tillvaron. Ofta är det de, som är intresserade av nutiden, som också intresserar sig för historien (Hyrkkänen, 2008, s. 199–200). Det är viktigt att känna till sin egen historia och de rötter som det egna yrket bygger vidare på. Att få veta mer om hur barnmorskans arbetsförhållanden har sett ut och vilka utmaningar hon tvingats möta har varit mycket intressant och skapar samtidigt en djupare yrkesidentitet. En av de svårare utmaningarna en barnmorska kunde möta var dödsfall hos modern, barnet eller båda två. Den perinatala dödligheten har varit hög i Finland men har sjunkit under det senaste århundradet. År 2014 dog endast 3,9 per 1000 födda barn, d.v.s. 3,9 ‰ (Vuori & Gissler, 2015, s. 1).

Den perinatala dödligheten är en indikator, som ger viktig information om vad som behöver utvecklas, för att förbättra hälsan hos gravida, nyblivna mödrar och nyfödda. Informationen hjälper beslutsfattarna att identifiera problem, hitta olika trender och bedöma förändringar inom hälsovården. Perinatal dödlighet visar också på kvaliteten av obstetrisk och pediatrik vård¹³⁴. Sociala faktorer har en stor betydelse för utgången av en förlossning, men efter hand som ett samhälle utvecklas, desto större betydelse tenderar en god medicinsk vård ha (World Health Organization (WHO), 2006).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka vilka faktorer hos kvinnan och barnet som ökade risken för perinatal dödlighet samt att kartlägga den perinatala dödligheten i Kristinestads provinsialläkardistrikt under åren 1894–1899. Syftet valdes för att skapa en förståelse för vilka faktorer hos kvinnan samt vilka faktorer under förlossningen som hade ett samband med den perinatala dödligheten.

Frågeställningarna är:

1. Vilka faktorer hos modern påverkade den perinatala dödligheten?
2. Vilka faktorer hos barnet påverkade den perinatala dödligheten?

¹³⁴ För förklaring av perinatal dödlighet se avsnitt 4.1 *Definitioner*.

Obstetrik innebär läran om graviditet och förlossning och pediatrik betyder läran om barnsjukdomar (Medicinsk ordbok, u.å.).

3. Fanns det någon signifikant skillnad i den perinatale dödligheten mellan stad och landsbygd?

Teoretisk utgångspunkt

De teoretiska utgångspunkter som har valts för studien är Katie Erikssons caritativa vårdteori, *Theory of Caritative Caring* (Lindström, Lindholm, Nyström & Zetterlund, 2014, s. 171–201)¹³⁵ och *tjänande* utgående från Leena Honkavuos doktorsavhandling *Serva ad Ministrare* (2014). Den caritativa vårdteorin valdes för att den på ett bra sätt beskriver det kärleksfulla vårdandet och den lidande människan, vilket är mycket centralt vid perinatal dödlighet. Erikssons teori passar bra som utgångspunkt till en historisk studie, eftersom hon förutom att ha haft en stor inverkan på vårdvetenskapens utveckling i Finland, dessutom betonar hur viktigt det är att känna till traditionen och idéhistorien vid utvecklandet av en systematisk och klinisk vårdvetenskap (Hilli & Koskinen, 2012). Begreppet *tjänande* valdes att ta som utgångspunkt eftersom *tjänande* beskriver barnmorskans förhållande till den födande kvinnan vid hemförlossningen.

Erikssons caritativa vårdteori

För att förstå Erikssons caritativa vårdteori behöver de mest grundläggande antaganden som teorin bygger på förklaras. Enligt Eriksson är människan i grunden en enhet av kropp, själ och ande. Gemenskap är basen för all mänsklighet och vårdande (caring) är till sin natur något mänskligt, ett kall att tjäna andra med kärlek. Lidande är en oskiljaktig del av livet och därför är hälsa och lidande inte motsatser utan snarare bundna till varandra. Eriksson anser att hälsa innebär helhet och helighet och är mer än bara frånvaro av sjukdom (Lindström et. al., 2014, s. 177).

Begreppet *caritas* betyder kärlek och barmhärtighet och är till sin natur villkorlös. För Eriksson är det grundläggande motivet i vårdvetenskap och vårdande *caritas*. Detta innebär att vårdande är en strävan att förmedla tro, hopp och kärlek genom att ansa, leka och lära. Ansning karakteriseras av värme, närhet och beröring. Att leka innebär övning, kreativitet, fantasi och önskan. Vid lärande är målet förändring och utveckling (Lindström et. al., 2014, s. 174, 178).

Lidande är inte synonymt med smärta utan det är en unik upplevelse som kan beskrivas som en kamp mellan gott och ont i ett tillstånd av blivande. Det finns tre olika typer av lidande. Sjukdomslidande upplevs vid sjukdom och behandling. Vårdlidande innebär ett lidande som uppstår genom vård eller avsaknad av vård. Denna form av lidande är alltid en kränkning av patientens värdighet. En patient kan uppleva hela sitt liv som ett lidande, vilket är den sista formen – livslidande. *Den lidande människan* är ett begrepp som Eriksson använder för att beskriva patienten (Lindström et. al., 2014, s. 175–176).

¹³⁵ Katie Eriksson rekommenderar att Lindström et. al. används som källa eftersom den beskriver en uppdaterad version av teorin (personlig kommunikation med HVD Anita Wikberg, 30.10.2015).

Tjänande

En del av syftet i Honkavuos (2014) doktorsavhandling är att beskriva och upptäcka tjänandets meningsinnehåll, ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Avhandlingens teoretiska perspektiv grundar sig på Erikssons caring science-tradition samt vårdvetenskapens ontologiska grundantaganden. Forskningen innehåller en idéhistorisk läsakt vilket gör den än mer relevant för studien.

Tjänande innefattar kärleksgärningar för en person och uppfattas som en inre begäran och ett kall som tar sig uttryck i lusten att hjälpa, stödja och ta vårdvetenskapligt ansvar. Man kan även beskriva tjänande som en etisk och samhällelig uppgift som innehåller respekt, oändlig värdighet och jämlikhet för människan. Tjänandets idémönster har utgående från historiska källor formats till en modell i tre delar: Hjärtats innersta rum som tjänandets idé, handens gärningar som kärleksverksamhet och huvudets bildning mot ledarskap. (Honkavuo, 2014)

Hjärtats innersta rum som tjänandets idé

Konsten i det genuina tjänandet ansågs vara vårdande vård och i denna konst fanns idén om vårdarens kall. Kallelsen var den inre drivkraft som kom från hjärtat och var nödvändigt för den som skulle tjäna inom vården. Kallet omfattade vårdarens hela personlighet, kropp, själ och hjärta och syftade till att tjäna patienten i värdighet samt lindra lidande. Hennes moraliska tänkande, sedliga hjärta och etiska förhållningssätt skulle vara hennes inre kompass. Vårdaren var outtröttlig och i vårdarbetets tjänst offrade hon sig själv för kallets, glädjens och den lidande människans skull. Hon måste därför ta hand om sig själv och sin hälsa för att kunna tjäna patienterna med hjärtats värme och vara trogen sitt kall. (Honkavuo, 2014)

Handens gärningar som kärleksverksamhet

Till vårdarens kall hörde lojalt och lydigt tjänande. Händernas varsamma gärningar och det kärleksfulla budskap som hjärtat förmedlade, verkställdes genom osynligt men omtänksamt tjänande. En av de viktigaste drivkrafterna var barmhärtighet och genom den förvandlades tjänandet till en kärleksverksamhet och omhändertagande av patienten. Som noggrann tjänare och ledare av vården skulle vårdaren vara auktoritär, bestämd, vänlig, taktfull och ödmjuk. Handens gärningar skulle självständigt styras genom hela vårdprocessen. Målet för alla vårdare, oberoende av ursprung, var att i kärlek lindra lidande och främja hälsa. (Honkavuo, 2014)

Huvudets bildning mot ledarskap

Möjligheten att utbilda sig till vårdare fanns för alla kvinnor, oberoende samhällsklass. Utbildningen skulle ske vid en godkänd vårdskola för att försäkra sig om att eleverna fick mångsidig teoretisk kunskap, huvudets bildning och praktiska färdigheter. Huvudets bildning gav vårdaren logiskt tänkande och skarpsinnigt intellekt. Vårdarens handlingar

vägledes av hennes starka moraliska ansvarskänsla och kallet att tjäna mänskligheten. Kallet utvecklades genom huvudets bildning mot ett yrke. Vårdyrkets syfte var att tjäna såväl patienter som samhället. Vårdare som hade de rätta kvaliteterna i huvudet och hjärtat och dessutom handens färdigheter blev ofta kallade till tjänst vid skolor eller sjukhusinstitutioner. Där verkade de som lärare eller ledare i vården. (Honkavuo, 2014)

Bakgrund

Det här kapitlet kommer att behandla den teoretiska bakgrund som krävs för att skapa en förståelse för ämnet. Kapitlet innehåller viktiga definitioner och en redogörelse för barnadödligheten i historien. För att ge läsaren ett sammanhang att koppla studien till och en förståelse för hur samhället såg ut under den senare delen av 1800-talet ges också en kort beskrivning av Finland under den här tiden. Hemförlossningar, några vanliga dödsorsaker och barnmorskeutbildningens utveckling i Finland behandlas också. Dessutom tas statistik upp i bakgrunden för att ge läsaren en förståelse av hur mycket spädbarnsdödligheten har förändrats i Finland från 1800-talet. Tidigare forskning kommer även att behandlas i den utsträckning det finns relevant forskning.

Definitoner

Perinatal dödlighet innebär antalet dödfödda och antalet levande födda som avlidit under de första sju levnadsdyggen i relation till 1000 födda barn (Gissler & Vuori, 2014, s. 21). Fram till år 1987 definierades *dödfödda* som barn som efter åtminstone 28 graviditetsveckor var döda vid födseln. År 1987 började man i Finland tillämpa WHO:s definition av dödfödda, vilket innebär barn med en födelsevikt på minst 500 g, eller barn som efter minst 22 graviditetsveckor varit döda vid födseln (Finlands officiella statistik, 2015).

Spädbarnsperioden innefattar tiden från födseln upp till ett års ålder (Lindqvist, 2014a). Det leder till att *spädbarnsdödlighet* definieras som antalet barn som dött under sitt första levnadsår per 1000 levande födda (Vuori & Gissler, 2014, s.21). Den första delen av spädbarnsperioden kallas *neonatalperiod*, eller nyföddhetsperiod, och omfattar de första 28 dagarna i barnets liv (Lindqvist, 2014b). *Neonatal dödlighet* är ett mått på antalet barn som dör i neonatalperioden per 1000 levande födda. Hos för tidigt födda barn, s.k. prematurer, är den neonatala dödligheten betydligt högre än hos fullgångna barn (Malmqvist, 2014).

Förlossningstången användes vid komplicerade förlossningar där fostrets huvud inte trängde genom förlossningskanalen. Tången köpte läkare och barnmorskor själva. Man var eniga om att en tångförlossning alltid innebar större risker än en normal förlossning och tången kunde skada barnets huvud, ansikte och öron. Förlossningstången förde också med sig en ökad infektionsrisk hos både modern och barnet, men smittrisen minskade när antiseptiken infördes och man började sterilisera tången genom kokning innan användning. Juridiskt skilde sig tångförlossningen från en normal förlossning och barnmorskan var skyldig att ge en skriftlig rapport till provinsialläkaren efter ett sådant

ingrepp (Öberg, 1996, s. 185). Än idag kan tången användas istället för sugklockan vid en förlossning om läkaren i fråga kan tekniken.

Embryotomi innebär styckning av ett vanligen dött, men ibland levande, foster som inte kunde fås ut ur livmodern på annat sätt. Detta utfördes med så kallade "skarpar" instrument och gjordes för att rädda moderns liv (Öberg, 1996, s. 187). En form av embryotomi var *perforation* då barnets huvud perforerades med hjälp av olika instrument (Eklund, 2006, s. 98). Rätten att använda skarpar instrument utöver de "trubbiga", dit tången hörde, fick barnmorskorna i Sverige 1829. Det var egentligen läkarens uppgift att utföra ingreppet men på landsbygden då ingen läkare fanns till förfogande måste barnmorskorna klara av det själva. Det var inte vanligt att barnmorskan utförde embryotomi och det blev allt mer sällsynt runt sekelskiftet, efterhand som kejsarsnitt blev mindre farligt. År 1910 förbjöds barnmorskorna att utföra embryotomi på levande foster (Öberg, 1996, s. 187–189).

Barnadödligheten i historien

I mitten av 1700-talet konstaterades att det i vissa områden förekom ovanlig hög dödlighet bland de allra minsta spädbarnen. En del år kunde så många som 50 % av barnen i vissa socknar i västra Finland dö. Speciellt i Österbotten var förhållandena svåra. Under den här tiden verkade en landshövding vid namn Piper i Österbotten och han, tillsammans med andra myndighetspersoner menade att kvinnorna i området inte ammade sina barn. Kvinnorna ersatte bröstmjölken med komjolk och saknade man det gjorde man avkok på olika bär istället. Detta ledde till att ett stort antal barn dog innan de blivit ½ år gamla. Piper engagerade sig mycket för att påverka kvinnornas uppfödningmetoder och föreslog bland annat att böter skulle uppbäras om ett barn dog på grund av att det inte ammat. Förslaget gick inte igenom och allmänt ansåg man att kvinnornas arbetsbörda var för stor för att det kunde krävas av dem att de skulle amma (Lithell, 1983, s. 65–66). Förutom amningen, var bristen på kunniga barnmorskor och bristen på kunskap om hur man skulle vårda barnen, en betydande orsak till den höga spädbarnsdödligheten (Lundström-Björk, 1990, s. 11).

Fredrik Theodor Berg skrev 1870 (enligt Öberg, 1996, s. 95–96) att man ofta uppfattade den stora dödligheten under det första levnadsåret som naturens ordning och därför oundviklig, men ansåg själv att den i högre grad förtjänades ses som samhällets oordning. Publicerade fallbeskrivningar fram till 1910-talet tyder på att all uppmärksamhet riktades mot modern under förlossningen, medan barnets tillstånd ägnades mindre uppmärksamhet. Självkärl försökte ändå barnmorskor och läkare leda förlossningsarbete så att barnet överlevde, så länge det inte skadade modern. Enligt Lundström-Björk (1990, s. 11) var det faktiskt för att bekämpa den höga spädbarnsdödligheten, som man började skola barnmorskor.

Ibland tvingades man rädda moderns liv på bekostnad av barnets. Perforation på ett levande barn är ett exempel på ett ingrepp som kunde göras om moderns liv var i fara

(Eklund, 2006, s. 97–98). Detta upphörde helt då man börjad utföra kejsarsnitt med lyckad utgång för både modern och barnet. Man kände till kejsarsnittet redan på 1700-talet men det var då en livsfarlig operation. Det första kejsarsnittet i Finland där man kunde rädda både moderns och barnets liv gjordes år 1888 (Vainio-Korhonen, 2012, s. 146–147).

Det var inte ovanligt att samma kvinna fick flera dödfödda barn. Seden i början på 1900-talet var att om barnet var dött vid födseln, visade man det inte åt modern utan förde genast bort det. Gravgravaren hämtade det och begravde barnet i okänd grav. Det hörde inte till att man pratade om barnet med modern eller diskuterade födelsen av ett dödfött barn. Barnmorskorna blev vanligtvis inte anklagade för att barnet dött utan föderskorna accepterade att barnmorskorna inte hade absolut makt över livet (Eklund, 2006, s. 97–98).

Finland på 1800-talet

Döden gick hand i hand med livet i 1800-talets Finland. Under 1800-talet upplevde finländarna krig, nödår och epidemier. Tuberkulosen stod för en stor del av dödsfallen och för nyblivna mödrar utgjorde barnsängsfebern en stor risk (Lindström-Björk, 1990, s. 30; Höjeberg, 2011, s.133–134). Alla dessa faktorer påverkade även fostret i kvinnans mage och det nyfödda barnet (Öberg, 1996; Lithell, 1983).

Finska kriget och nödåren

Ännu i början på 1800-talet hörde Finland till Sverige. *Finska kriget*, ofta kallat 1808–09 års krig, utkämpades mellan Sverige och Ryssland och vid freden i Fredrikshamn år 1809 avträdde Sverige Finland åt den ryska tsaren. Försvaret av Finland lämnades helt åt landets egna styrkor vilka totalt uppgick i 22 000 man. Finländarna förlorade mer än 6 000 soldater i strid men ännu större förluster led armén genom sjukdomar och usla sanitära förhållanden. Efter kriget fick det autonoma storfurstendömet Finland ha kvar sina egna lagar, sin egen lantdag och sitt eget förvaltningsystem, med kravet att man skulle svära trohet åt tsaren (Lindeberg, 2009; Jutikkala & Pirinen, 1982).

Flera gånger under Finlands historia har det förekommit missväxt, vilket lett till så kallade *nödår* med massdöd. Den senaste svåra hungersnöden inträffade 1867–68. Våren 1867 var sällsynt kall, i Karelen sade man sig vara begravd i snö ännu i början av juni. Rågskörden det året blev mindre än hälften av skörden året innan och kornskörden ännu mindre, bara en tredjedel i jämförelse med året innan. Boskapen dog av svält eller så tvingades ägarna själv ta livet av djuren för att få mat. Den sammanlagda dödsiffran var 138 000 under ett år, vilket är den största någonsin under Finlands historia. Enligt befolkningsregistret dog 8 % av hela Finlands dåvarande befolkning. Förutom svält, vilket utgjorde endast 2349 av dödsfallen, var dödsorsakerna olika sjukdomar som tyfus, dysenteri och tuberkulos. Man räknar dock med att det var undernäringen i kombination av någon sjukdom som tog livet av de flesta människor. Dödsfallen bland fattiga var betydligt fler än bland de förmögna (Jutikkala, 2003, s. 504–512).

Samhället

En radikal förnyelse av jordbruket höll på under slutet av 1800-talet och början på 1900-talet. Detta berodde på att brödsäden, som hittills varit tyngdpunkten i all jordbruk, höll på att bli olönsam. De flesta gårdar började föda upp boskap eller odla fodersäd istället. Boskapsskötseln hörde i allmänhet till kvinnornas uppgift. Under senare halvan av 1800-talet började jordbrukarna använda järnplog. Ännu på 1880-talet var hästdragna jordbruksmaskiner ovanliga, men de blev mer och mer vanliga och på 1910-talet var de flesta nya hästdragna arbetsredskapen i bruk. Torpare var en sorts arrendator som bodde i ett torp och brukade jorden åt landägaren. Ofta kunde torparen betala arrende med dagsverken eller i natura, t.ex. en del av skörden, istället för pengar. I slutet av 1800-talet utgjorde torparna 43 % av alla jordbrukare, men torpens antal minskade med tiden (Östman, 2004, s. 19–21, 55; Peltonen, 2004, s. 217).

Kristinestad utvecklades till en betydande varvs- och hamnstad under 1830–50-talet då segelfartygen hade sin blomstringstid. Skeppsvarven sysselsatte många av invånarna och en del arbetare kom även längre ifrån. Man exporterade tjära och virke, vilka på den tiden var landets viktigaste exportvaror (Kristinestads sjöhistoriska förening, u.å.). *Kristinestads provinsialläkardistrikt* bildades år 1811 i samband med en omorganisering av Medicinalstyrelsen. På grund av omfördelningar i Vasa läns läkardistrikt blev Kristinestads distrikt indraget år 1819 men inrättades igen 1857. Till distriktet hörde då Kristinestad och landsförsamlingarna, Kaskö stad, Närpes socken, Korsnäs kapell, Lappfjärds socken, Sideby kapell, Pörtom predikogäll, Storå och Övermark socknar samt Kauhajoki och Jalasjärvi kapell (se Bilaga 1). Mellan åren 1894 och 1926 verkade provinsialläkaren Torsten Axel Johan Munsterhjelm i distriktet. 1943 beslutade statsrådet att dra in Kristinestads provinsialläkardistrikt (Arkistolaitos, u.å.).

Hemförlossning

Trots att barnmorskeutbildningen startade i Finland år 1816 kunde det ännu på 1900-talet vara de utbildade hjälpgummorna som hjälpte till vid hemförlossningarna. De utbildade barnmorskorna hade en annorlunda syn på förlossningen än den födande kvinnan och hjälpgumman, vilket gjorde att man drog sig för att tillkalla dem. Först när den finskspråkiga utbildningen startades år 1860 började man uppskatta de utbildade barnmorskorna mer på den finska landsbygden. År 1927 stiftades en lag som ålade kommunerna att ge lön åt barnmorskor, som hjälpte till vid hemförlossningarna. Målet med lagen var att minska dödsfallen under förlossningen (Pilvi, 2013, s. 41).

De allra första förlossningsanstalterna inrättades främst med tanke på barnmorskeutbildningen. Så småningom började man inse behovet av anstalter även för kvinnornas skull. Från början var det för att minska barnamorden som man grundade fler anstalter och utökade sängplatserna. Anstalterna var tänkta för fattiga föderskor som hade en så svår social och ekonomisk situation att det fanns en risk att barnet skulle lämnas att dö. Finlands första förlossningsanstalt var Accouchementshuset i Åbo, som

grundades 1816 med tanke på barnmorskornas utbildning och barnsängskvinnorna (Lundström-Björk, 1990, s. 25–26).

Ännu i början på 1900-talet födde 95 % av kvinnorna hemma. När man i kommunerna började få kommunala sjukhus och sjukstugor, ordnade man ofta samtidigt en skild förlossningsavdelning. Anstaltförlossningarna ökade efterhand, år 1930 utgjorde de 20 % av förlossningarna och på 1950-talet födde över hälften på anstalt. Ännu på 1930-talet bodde ca $\frac{3}{4}$ på landsbygden vilket kan förklara den stora mängden hemförlossningar, eftersom man inte på landsbygden inte hade samma möjlighet att föda på sjukhus som i städerna. När Finlands nätverk av centralsjukhus utvecklades på 1960-talet minskade hemförlossningarna drastiskt (Hoppa, 2010, s. 47–48).

Barnsängsfeber

Under 1800-talet härjade den fruktade barnsängsfebern, eller "mordängeln" som den kallades. Speciellt vanlig var den på förlossningsanstalter och epidemier återkom år efter år. Läkarna trodde att sjukdomen bäst bekämpades genom vädring, så rummen vädrades, golv, tak och väggar tvättades och målades om och linnen och lakan tvättades. Detta hjälpte inte och år 1840 dog en av fem föderskor i barnsängsfebern på Allmänna barnbördshuset i Stockholm (Höjeberg, 2011, s.133–134). Det fanns ett starkt samband mellan spädbarnsdödligheten och barnsängsdöden, både i och med att barnet ofta smittades av infektionen och avled men också genom att chansen att barnets skulle klara sig om modern dog var mycket liten (Öberg, 1996, s. 95).

Numera vet man att barnsängsfebern orsakas av att den såriga livmodern angrips av bakterier, vanligen streptokocker, efter förlossningen. I värsta fall kan bakterierna spridas till bukhinnan och orsaka bukhinneinflammation. Kvinnan kan även få blodförgiftning, sepsis, och utan antibiotika dör hon (Höjeberg, 2011, s.133–134). Antiseptiken som började införas i slutet av 1800-talet gav gott resultat och först då började man äntligen få mödradödligheten genom barnsängsfeber att minska. Efterhand utvecklades aseptiken vilket ledde till att barnsängsfebern minskade ytterligare (Öberg, 1996).

Epidemier

Tuberkulos är en mycket smittsam infektionssjukdom orsakad av bakterier. Sjukdomen finns i olika former och den vanligaste är lungtuberkulos. Då Finlands officiella statistik på dödsorsak började samlas in år 1749 var tuberkulos en av de vanligaste dödsorsakerna. Dödligheten var då en av de högsta i Europa. Innan den allmänna vaccinationen av nyfödda inleddes i Finland år 1941 och behandling med antibiotika blev tillgängligt i slutet av 1940-talet, försökte man bekämpa sjukdomen genom bl.a. isolering. Finlands två första sanatorium byggdes 1902–1903 och 1907 grundades *Föreningen för tuberkulosens bekämpande i Finland* gjorde stora insatser för frivilligarbetet kring tuberkulos. Då sjukdomen var som värst på 1930-talet dog fler än 8000 finländare per år i tuberkulos (Riskå, 2009). I Jakobstad var tuberkulos den överlägset mest vanliga dödsorsaken under åren 1881–1906 då den orsakade 26,7 % av dödsfallen (Lundström-Björk, 1990, s. 30).

Smittkoppor är också en infektionssjukdom med hög smittsamhet som orsakade många dödsfall. I det svenska riket förekom svåra epidemier under slutet av 1700-talet och början av 1800-talet. Under nödåren i Finland på 1860-talet blossade en ny epidemi upp. År 1882 blev vaccination mot smittkoppor obligatoriskt i Finland, vilket ledde till att sjukdomens makt kunde brytas. En annan svår sjukdom under 1800-talet var kolera. Under kolerapandemin år 1853 dog mer än 3 000 människor i Finland. Den senaste svåra epidemin som drabbat Finland var år 1871 (Petterson, u.å).

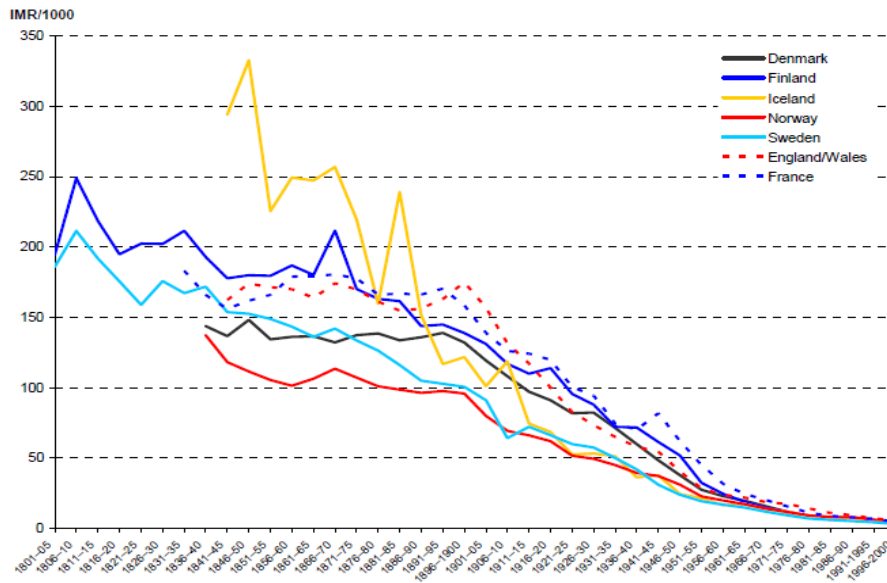
Den utbildade barnmorskan i Finland

År 1706 började barnmorskor utbildas i Sverige. Under den period som Finland hörde till Sverige åkte finländska kvinnor till Stockholm för att utbilda sig. Redan då hoppades man att utbildningen även skulle startas i Finland. Då Finland anslöts till Ryssland år 1809 blev frågan högst aktuell och 1816 öppnades Finlands första förlossningssjukhus och läroanstalt för barnmorskor i Åbo. 1833 flyttades utbildningen till Helsingfors universitet. År 1926 var utbildningen 15 månaderna och studerandena måste vara mellan 20 och 30 år. 1934 bestämdes att utbildningen skulle vara 2 år. Barnmorskeutbildningen ändrades på nytt 1987 och den nya 3 ½-åriga utbildningen gav nu också sjukskötbarbehörighet. Barnmorskeutbildningen flyttades till yrkeshögskolorna då dessa grundades 1991–1992. Utbildningen hålls av yrkeshögskolor än idag och är 4 ½ år (Paananen, 2015, s. 21–24).

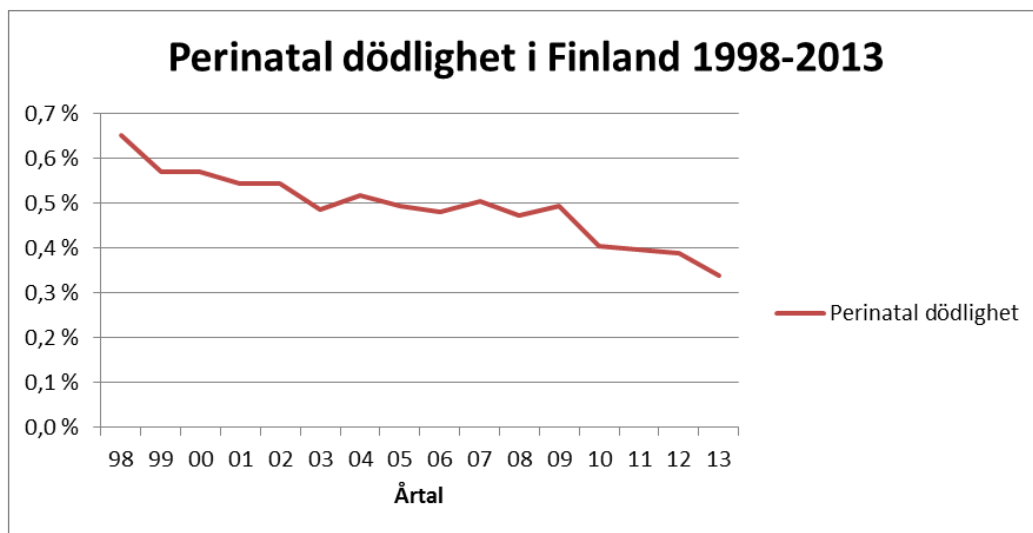
Statistik

Spädbarnsdödligheten i Finland är idag en av de lägsta i världen. 2010 dog 138 spädbarn och 50 % av dem dog under sin första levnadsvecka (Suomen virallinen tilasto, 2010). År 2012 var spädbarnsdödligheten 2,4 per 1000 levande födda (2,4 ‰) och enda gången den varit lägre är 2010 då den var 2,3 per 1000 levande födda (2,3 ‰) (Official Statistics of Finland, 2012). År 2013 var den perinatale dödligheten 3,5 per 1000 födda barn (3,5 ‰), vilket var lägre än någonsin förr. Tio år tidigare, år 2003, var den perinatale dödligheten 4,9 per 1000 födda (4,9 ‰) (Vuori & Gissler, 2014, s. 12, 19). Statistiken från tidigare 1800-tal är till en viss del ofullständig eftersom dödfödda samt odöpta, döda spädbarn sällan blev nedtecknade i församlingens register (Vainio-Korhonen, 2012, s. 144).

Följande diagram (Figur 1) syftar till att åskådliggöra hur spädbarnsdödligheten har förändrats från 1801–2000. Figur 2 visar den perinatale dödligheten i Finland under 1998–2013 och är sammanställd utifrån Finlands officiella statistik om dödsorsaker (Statistikcentralen, 2014).



Figur 1 Spädbarnsdödligheten i Finland 1801–2000 i blå, heldragen linje (år 1806–1810 är den 250). Källa: Lundberg, Åberg, Kölegård, Björk & Fritzell, 2008.



Figur 2 Den perinatale dödligheten i Finland 1998–2013 uttryckt i procent. Källa: Statistikcentralen, 2014.

Tidigare forskning

Sökningen av tidigare forskning gjordes först på CINAHL with full text och Academic Search Elite med sökord som "infant mortality", "Finland" och "perinatal mortality". Eftersom respondenten specifikt sökte efter artiklar som behandlade den perinatale dödligheten i Finland gav sökningen inte några relevanta träffar. Därför gjordes sökningen på Duodecim med det finska sökordet "imeväiskuoletisuus" vilket gav 53 träffar. Tre artiklar valdes ut på basen av titel och inledning. Sökningen gav även andra intressanta artiklar som dock inte var relevanta på grund av den tidsperiod som forskningarna behandlade. Sökordet "varhaiskuoletisuus" gav 20 träffar varav en var relevant för studien.

Trots att artiklarna är äldre än rekommenderat för den tidigare forskningen anser respondenten att de är relevanta och tillförlitliga eftersom det handlar om en historisk studie. Genom att läsa avhandlingar som behandlade barnmorskearbetets historia hittades via snöbollsmetoden ytterligare en artikel från Duodecim och en pro gradu-avhandling som var relevanta för studien.

Under 1800-talet var spädbarnsdödligheten i Finland väldigt stor, i medeltal dog vart femte barn, d.v.s. 20 %, under det första levnadsåret. Det fanns betydande skillnader mellan olika områden, den minsta spädbarnsdödligheten fanns i det område som sträcker sig tvärs över Finland, från Egentliga Finland till Kajaland. Den mest betydande enskilda faktorn som påverkade spädbarnsdödligheten var förekomsten av amning. Särskilt vid bristande hygieniska förhållanden var amning under de första levnads månaderna viktig för spädbarnets hälsa. Amningen ökade barnets immunitet mot den tidens dödliga infektioner och den gav även skydd mot svåra diarrésjukdomar, som var en vanlig dödsorsak. Den stora spädbarnsdödligheten i Österbotten förklaras i historiska källor med att barnen i allmänhet inte amrades. Detta berodde ofta på att småbarnsmödrarna måste arbeta utanför hemmet (Pitkänen, Koskinen & Martelin, 2000).

Från år 1891 till 1930 minskade spädbarnsdödligheten i hela landet med nästan hälften, från 14,5 % till 7,3 %. I städerna var spädbarnsdödligheten större än på landsbygden år 1891–1920, men sedan dess har det varit tvärtom. Sjukdomar i matsmältningsorganen, vilka tidigare hade orsakat många dödsfall, hade minskat fram till 1930. Även spädbarnsdöd i smittsamma sjukdomar och tuberkulos hade minskat (Söderström, 1933). Söderström ansåg att det var speciellt intressant att dödligheten under den första levnadsveckan inte minskat trots att spädbarnsdödligheten minskat drastiskt, utan i vissa kommuner hade den istället ökat. Dödsrisken var allra störst den första dagen och särskilt stor bland pojkar födda utanför äktenskapet. Schlossmann upptäckte (enligt Söderström, 1933) att i Düsseldorf hade dödligheten under de första två levnadsdygnen ökat från år 1913 till 1925, medan dödligheten från och med den tredje dagen minskat. Han förklarade ökningen med sociala och hygieniska missförhållanden, såsom bristfällig hjälp vid förlossningen och otillräcklig vård av den nyfödda. Det är värt att notera att under denna tidsperiod rasade också första världskriget, år 1914–1918. Rott undersökte (enligt Söderström, 1933) den ökande perinatale dödligheten i Tyskland och presenterade sitt resultat år 1928. Resultatet visade att när antalet födsel minskade steg den perinatale dödligheten. Det här berodde på att förstföderskornas procentuella antal i jämförelse med omföderskorna ökade. Dessutom visade resultatet att åldern hos förstföderskorna hade stigit, vilket medförde risker för barnet, bl.a. för tidig förlossning.

Även Salmi (1944) frågar sig varför inte antalet dödsfall under den första levnadsveckan har minskat i samma utsträckning som spädbarnsdödligheten i allmänhet. Salmi konstaterade att barn (levande födda år 1936–1942) som föddes utanför äktenskapet dog i större utsträckning under sin första levnadsvecka än barn som föddes inom äktenskapet. Under åren 1936–1939 var dödligheten under den första levnadsveckan större i städerna än på landsbygden. År 1941 var den lika stor och 1940 samt 1942 hade dödligheten under

första levnadsveckan sjunkit mer i städerna än på landsbygden. I Finland orsakade vinterkriget så svåra förhållanden att det direkt avspeglades på spädbarnsdödligheten och även den perinatale dödligheten år 1940. Spädbarnsdödligheten var då 8,83 % vilket nästan var på samma nivå som ca 20 år tidigare.

Dödligheten under den första levnadsveckan var ett aktuellt ämne i flera länder i Europa under 1940-talet, eftersom den allmänna trenden var att spädbarnsdödligheten sjönk medan den perinatale dödligheten hölls ungefär på samma nivå. Spädbarnsdödligheten i Finland sjönk från mitten av 1700-talet till mitten av 1930-talet från 28,48 % till 7,36 %. Den perinatale dödligheten hölls däremot runt 2 % under flera decennier. Dödligheten under den första levnadsveckan var dessutom på ungefär samma nivå i hela landet trots stora sociala skillnader. Prematur förlossning var en stor riskfaktor och enligt observationer från flera olika länder dog ungefär 70–80 % av prematurerna under den första levnadsmånaden (Hirvensalo, 1949).

Det är svårt att säkerställa dödsorsaken vid perinatal död, vilket leder till att den är svår att förebygga. De tre största riskfaktorerna under den perinatale perioden är prematur födsel, vilket leder till en omogen baby, medfödda missbildningar och effekter till följd av asfyxi (syrebrist i samband med förlossningen). I en undersökning som gjordes i Nylands län 1980–81 granskades 270 perinatale dödsfall av fyra sakkunniga läkare. Läkarna gjorde sin egen bedömning av fallen och resultatet visade att de var eniga om att 14 % av dödsfallen var rimliga medan 7 % kunde ha förhindrats med idealiska vårdförhållanden (Raivio, 1990).

Lahti (2014) har skrivit en pro gradu-avhandling som behandlar barnmorskans arbete på landsbygden år 1900–1920. I avhandlingen lyfts fram att alla graviditeter och förlossningar tyvärr inte slutade lyckligt. Trots att barnmorskan var på plats och gjorde vad hon kunde, hände det att barnet, modern eller båda två dog. Vid intrauterin död var det barnmorskans uppgift att hjälpa det döda fostret ut ur livmodern. Ibland tvingades barnmorskan att använda instrument för att få ut fostret och vid sådana förlossningar började ofta föderskan må bättre efter ingreppet. Komplikationer under graviditeten eller förlossningen kunde vara livsfarliga för fostret. I avhandling nämns olika orsaker till att barnet dog under förlossningen bl.a. föreliggande moderkaka, försök till svängning p.g.a. sätesläge och att navelsträngen glidit ut och kommit i kläm, vilket orsakade syrebrist hos barnet. Många barnmorskor rapporterade även om olika missbildningar på det nyfödda barnets huvud eller kropp vilket också kunde leda till dödsfall. Tvillinggraviditeter ledde alltid till större risk för barnen och modern. Trots att de allra flesta barnmorskor tvingades bevittna dödsfall både hos mödrar och barn gick de flesta förlossningar bra och riktigt svåra förlossningar var ovanliga.

Metod

I början av en studie är det viktigt att bestämma den studiedesign som passar bäst för att besvara forskningsfrågan. Studiens design är avgörande för det fortsatta arbetet och för att kunna välja design måste syftet med studien vara helt klart (Billhult & Gunnarsson,

2012a, s. 116). Studien grundar sig på en kvantitativ design och respondenten gör en historisk undersökning. Data samlas in i form av dokument från landsarkivet i Vasa. Metoden valdes utgående från vilken typ av studie som passar till beställningsarbetet och det valda ämnesområdet.

Kvantitativ metod

Kvantitativ metod används när materialet kan beskrivas i siffror och man vill göra allmänna generaliseringar utgående från en mindre grupp. Syftet i en kvantitativ studie kan vara att beskriva ett fenomen utan djupare analys, att söka samband mellan olika variabler och att jämföra olika fenomen. Forskningsprocessen kan delas in i två stadier, planeringsstadiet och genomförandestadiet. För att resultatet från studien skall vara tillförlitligt är det viktigt att planera ordentligt. Genom en kvantitativ studie kan ny kunskap erhållas, om undersökningen görs för första gången, eller så kan studien bekräfta tidigare resultat genom att en tidigare undersökning upprepas. En nackdel med kvantitativ metod är att man oftast får endast ytlig information och inte någon djupare förståelse för fenomenet (Eliasson, 2006, s. 30; Billhult & Gunnarsson, 2012a, s. 116–117).

På grund av beställningsarbetets syfte görs en historisk undersökning. En historisk undersökning börjar från den stund då ämnet väljs och fortsätter fram till att resultatet av undersökningen är dokumenterat. Det är viktigt för studien att det fenomen eller objekt som undersöks har ett historiskt värde. Alla historiska händelser har hänt i det förflutna men alla händelser ur det förflutna är inte historiska i den bemärkelsen att de är betydelsefulla. Förutom ämnesvalet är även forskningsfrågorna grundläggande för forskningsprocessen – frågorna styr vilken teoretisk bakgrund och metod som används i undersökningen. Man kan säga att källorna och det material som finns tillgängligt bestämmer forskningsfrågorna, eftersom forskaren själv inte kan tillföra något nytt till materialet. Källkritiken är en central del vid historiska undersökningar som ska finnas med under hela forskningsprocessen (Hyrkkänen, 2008, s. 187–189, 200). Mer om källkritik finns i avsnitt 5.4 *Etisk diskussion*.

Datainsamlingsmetod

Kvantitativa data kan samlas in på olika sätt, där de vanligaste är enkäter och intervjuer. Förutom det finns det även olika typer av skriftliga dokument som kan användas i forskningssyfte. Dessa är statspublikationer och officiell statistik, dagstidningar och tidskrifter, mötesprotokoll, brev och PM, dagböcker samt webbplatser och internet. (Eliasson, 2006, s. 28; Denscombe, 2009, s.295–299). Till en kvantitativ studie kan användas både primärdata och sekundärdata. Primärdata innebär data som forskaren själv samlar in till den aktuella studien medan sekundärdata är data som existerade redan innan undersökningen¹³⁶. Två vanliga former av sekundärdata är rådata och registerdata. Rådata innebär den data forskare fått fram via undersökningar men inte har haft möjlighet att analysera. Registerdata fås, som namnet säger, via offentliga register och databaser

¹³⁶ Inom historisk forskning kan sekundärdata även ha en annan betydelse.

(Tuftte, 2011, s. 76–78). Nackdelar med att använda sig av sekundärdata är att det blivit insamlat för ett annat syfte än den aktuella studien och det finns ingen möjlighet att komplettera materialet. Därför är det viktigt att ha tydliga frågeställningar samt veta hur man ska söka (Eliasson, 2006, s. 53; Persson, 2011, s. 171–172).

Eftersom studien behandlar den perinatala dödligheten på 1800-talet så gjordes datainsamlingen vid landsarkivet i Vasa. Respondenten valde att söka material vid landsarkivet eftersom det annars är svårt att få tag på så gamla dokument. Materialet består av förlossningsförteckningar samt årssammandrag från Kristinestads provinsialläkardistrikt åren 1894–1899. Kristinestads provinsialläkardistrikt valdes eftersom dokumentationen som barnmorskorna där hade gjort var lättare att tyda än från andra distrikt respondenten hade tillgång till. Årtalen valdes på grund av att det från och med 1894 fanns ett årssammandrag av alla förlossningar, vilket underlättar forskningsprocessen betydligt. Materialet var även begränsat i och med att studerande inte får tillgång till material yngre än 100 år på grund av patientsäkerheten. Sex år, fram till år 1899, valdes att ta med i studien för att få ett tillräckligt stort material att undersöka. För att få information om ingrepp som gjorts under förlossningen valde respondenten dessutom att samla data från åren 1897–1902. Tidsperioden valdes eftersom äldre förlossningssammandrag inte innehöll information om ingreppen. Dessutom ville respondenten ha en lika stor tidsperiod för att antalet bättre skulle stämma överens med övrig data.

I de fall då studiens syfte är att undersöka en liten grupp finns det möjlighet att ta med hela gruppen i undersökningen, d.v.s. en *totalundersökning*. Om *populationen*, gruppen som ska undersökas, är för stor för en totalundersökning kan ett *stickprov* göras, d.v.s. en representativ del av populationen väljs ut (Eliasson, 2006, s. 44). Eftersom studiens syfte är att undersöka den perinatala dödligheten inom ett visst område, under en viss tidsperiod, är materialet tillräckligt begränsat för att göra en totalundersökning. Inklusionskriteriet är att förlossningen är antecknad i förlossningsförteckningarna i det valda distriktet under den valda tidsperioden. Det innebär att barn som föddes under tidsperioden, men inte blev antecknade i förlossningsförteckningen, inte beaktades.

Dataanalysmetod

Bortfallsanalys är viktigt att göra i en kvantitativ studie, eftersom studien sällan blir exakt som planerat. Det finns olika typer av bortfall – planerat bortfall före datainsamlingen, planerat bortfall under datainsamlingen och oplanerat bortfall under datainsamlingen. Bortfallet måste alltid redovisas (Billhult & Gunnarsson, 2012b, s. 307). Bortfallet är inte lika stort då studien grundar sig på sekundärdata från landsarkivet i och med att forskaren från början vet vilket material som finns till förfogande och inga informanter plötsligt kan lämna studien som vid en enkät- eller intervjustudie. Ett oplanerat bortfall kan ändå förekomma. Ett exempel är att ett dödsfall finns med i årssammandraget men inte i förlossningsförteckningarna. Detta kan bero på bristande dokumentation från

barnmorskans sida, att materialet gått förlorat i något skede eller att personen som skrivit sammandraget helt enkelt räknat fel.

Deskriptiv (beskrivande) statistik används i de flesta kvantitativa studier för att ge läsaren en överblick över materialet och över de personer som deltagit i studien. Vid deskriptiv statistik sammanfattas grunddata som ålder, kön och civiltillstånd i tabellform. Med hjälp av deskriptiv statistisk analys kan man sedan få medelvärden utgående från tabellen. Detta görs med hjälp av ett statistikprogram och man får genast en överblick över grunddata oberoende av hur stort materialet är. (Billhult & Gunnarsson, 2012b, s. 309–311). Respondenten har använt sig av Microsoft Excel för att redovisa grunddata samt medelvärden.

Deskriptiv statistik beskriver endast rådata som det är och för att kunna få mer kunskap utgående från materialet måste man även använda sig av analytisk statistik. Genom analytisk statistik kan slutsatser om skillnader och likheter dras. Det finns två huvudgrenar av den analytiska statistiken, hypotesprövning och sambandsanalys. Hypotesprövning, eller signifikansprövning, innebär att olika hypoteser prövas mot varandra. Den ena hypotesen kallas nollhypotesen och säger att det inte finns någon skillnad mellan två studiegrupper. Den alternativa hypotesen säger att något annat än nollhypotesen är sant, vilket i praktiken innebär att det finns skillnad mellan grupperna. Det finns dock alltid ett visst mått av osäkerhet vilket beskrivs med ett p-värde som innebär den osäkerhet som kan utgöras av slumpen. Vanligtvis använder man $p < 0,05$ som gränsvärde. Om $p < 0,05$ antas det alltså finnas en skillnad mellan grupperna. Den andra huvudgrenen inom analytisk statistik är sambandsanalys, vilken går ut på att visa likheter och samband mellan olika variabler (Billhult & Gunnarsson, 2012c, s. 318–321).

Etisk diskussion

Med forskningsetik avses de etiska överväganden som görs inför ett vetenskapligt arbete och som följer med genom hela arbetet. Kärnan i forskningsetiken är att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmanderätt hos alla som på något sätt berörs av forskningen. Redan valet av ämne bör kunna motiveras etiskt, vilket i korthet betyder att förutom att forskningen inte får skada någon så måste den vara av betydelse och ha ett tydligt syfte (Kjellström, 2012, s. 70–76). För att skydda kvinnornas integritet valde respondenten att inte ta med föderskornas namn när data från arkivet fördes över till Microsoft Excel. Detta gjordes trots att materialet är tillgängligt för allmänheten eftersom det är över 100 år gammalt. Respondenten såg ingen nytta med att ta med namnen och lämnade därför bort dem av respekt till kvinnorna i fråga.

De centrala utgångspunkterna för god vetenskaplig praxis enligt Forskningsetiska delegationen (2012) är att man i forskningen och dokumenteringen iakttar hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet. Det är ett brott mot forskningsetiken att handla oredligt, det vill säga att avsiktligt manipulera och förvränga det vetenskapliga arbetet. Det kan till exempel handla om att plagiera, förvränga eller ändra i metod och resultat.

Dataanskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder ska vara etiskt hållbara och förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning. Vid publiceringen av undersökningsresultaten tillämpas öppenhet och ansvarsfull kommunikation. Forskarna bör ta hänsyn till andra forskares arbete och resultat och hänvisar till deras publikationer på ett korrekt sätt. Planeringen, genomförandet, rapporteringen och förvaringen av insamlade data ska utföras så som kraven på vetenskapligt fakta förutsätter. Forskaren bör göra en etisk förhandsbedömning och skaffa de forskningstillstånd som behövs (Forskningsetiska delegationen, 2012; Kjellström, 2012, s. 87). Respondenten har följt de etiska principerna genom att ha god källkritik och hänvisa till alla källor på ett korrekt sätt. Målet är att studien görs noggrant och med en öppenhet som möjliggör för andra att kunna följa respondentens tillvägagångssätt och komma fram till samma resultat.

Respondenten baserar studien på arkivmaterial, vilket har några fördelar. En fördel är att denna typ av dokument är en beständig datakälla som kan granskas av andra. Tyvärr finns även nackdelar med att använda dokument som datakälla vilka ökar vikten av gott etiskt omdöme och källkritik. Källan måste framförallt vara trovärdig. För att fastställa dokumentets trovärdighet måste en bedömning av dess auktoritet samt av tillvägagångssättet för hur man erhållit de ursprungliga uppgifterna göras (Denscombe, 2009, s. 316–317). Förlossningsförteckningarna gjordes av professionella barnmorskor, vilket gör att de anses som tillförlitliga. Dessutom behandlar de fakta, ofta presenterade i form av alternativ som t.ex. att modern endera var förstföderska eller omföderska, och är därför inte öppna för tolkningar. Användning av gammalt arkivmaterial medför att materialet måste behandlas extremt varsamt eftersom dokumenten är gamla, sköra och det finns oftast endast ett exemplar. Riktigt gammalt material kan vara så känsligt att det behövs behandlas med vantar. Respondenten behövde inte använda vantar eftersom dokumenten i fråga inte var så sköra, men tog ändå detta i beaktande och behandlade dem med varsamhet.

Praktiskt genomförande

Materialet samlades in vid landsarkivet i Vasa. Efter att respondenten valt område och tidsram fördes all relevant data över på Microsoft Excel-dokument i form av tabeller. Den deskriptiva statistiken erhöles genom att förenkla tabellerna och lyfta fram det som var relevant. Därefter undersöktes huruvida ett antal faktorer hade något statistiskt signifikant samband med den perinatale dödligheten. Dessa faktorer var boende, civiltillstånd, om modern var förstföderska eller omföderska, fostrets läge samt fostrets kön. Sambanden undersöktes med hjälp av "Fisher's exact test", vilket passar bra till den typ av analys som respondenten gjorde (GraphPad Software, 2015). Testet gav ett p-värde och visade på så sätt om sambandet var statistiskt signifikant eller inte. Gränsvärdet $p < 0,05$ användes, vilket innebär att om $p < 0,05$ så är sambandet statistiskt signifikant. Risken vid tvillinggraviditeter undersöktes också. Till sist undersöktes ingreppen och hur stor dödlighet de medförde i procent.

Resultat

I det här kapitlet presenteras resultatet i form av tre kategorier – *faktorer anknutna till modern, faktorer anknutna till barnet* samt *ingrepp under förlossningen*. För att ge läsaren en överblick av materialet presenteras det först i form av deskriptiv statistik i följande tre tabeller. Faktorer som rör modern och faktorer som rör barnet presenteras i skilda tabeller för att tydliggöra materialet. Följande tabell beskriver föderskornas civiltillstånd samt antalet förstföderskor och omföderskor.

Tabell 1 Faktorer som rör föderskan. Siffrorna anger antal (n) och i summan finns både antal och procent.

	Ogift	Gift	Änka	Förstföderska	Omföderska	Summa föderskor
1894	13	404	0	118	299	417
1895	14	426	7	108	339	447
1896	15	530	2	149	398	547
1897	24	549	2	165	410	575
1898	22	642	2	194	470	664
1899	21	612	0	149	484	633
Summa	109(n) 3,3 %	3163(n) 96,3 %	13(n) 0,4 %	883(n) 26,9 %	2400(n) 73,1 %	3283(n) 100 %

I materialet beskrevs i allmänhet fosterbjudningen som *”öfredels-”, ”nedredels-”* eller *”tvärläge”*. I vissa fall framkom även mer detaljerade beskrivningar men för att förenkla materialet delades fosterbjudningen in i dessa tre kategorier som sedan översattes till nutida godkända termer. *”Öfredelsläge”* översattes till hjässbjudning, vilket innebär att barnet föds med hjässan först, och *”nedredelsläge”* översattes till sätesbjudning, vilket betyder att stjärten föds först. Termen *tvärläge* gäller än idag och innebär att barnet ligger på tvären inne i livmodern (Medicinsk ordbok, u.å.). Följande tabell beskriver fosterbjudningen, barnets kön, antalet tvilling- och trillingförlossningar samt antalet barn som levde respektive dog.

Tabell 2 Faktorer som rör barnet. Siffrorna anger antal (n) och i summan finns både antal och procent.

	Hjäsbjudning	Sätesbjudning	Tvårläge	Pojke	Flicka	Tvilling-	Trilling-	Levande	Döda	Summa födda
1894	416	5	2	238	185	4	1	415	8	423
1895	442	13	3	242	216	7	2	449	9	458
1896	534	19	3	289	267	7	1	543	13	556
1897	562	18	2	301	281	8	0	575	7	582
1898	657	9	2	348	322	6	0	644	26	670
1899	618	17	7	325	316	9	0	617	24	641
<i>Summa</i>	3229(n) 97,0 %	81(n) 2,4 %	19(n) 0,6 %	1743(n) 52,3 %	1587(n) 47,7 %	41(n) 1,2 %	4(n) 0,1 %	3243(n) 97,4 %	87(n) 2,6 %	3330(n) 100 %

I förlossningsammandragen framkom också hur många barnmorskor som arbetade per år i Kristinestads provinsialläkardistrikt. Följande tabell visar antalet barnmorskor i jämförelse med antalet förlossningar.

Tabell 3 Antalet (n) barnmorskor som arbetade i Kristinestads provinsialläkardistrikt per år i jämförelse med antalet förlossningar.

	Barnmorskor (n)	Förlossningar (n)
1894	10	417
1895	10	447
1896	13	547
1897	18	575
1898	16	664
1899	17	633
<i>Medeltal</i>	14	547

I medeltal jobbade 14 barnmorskor per år i Kristinestad provinsialläkardistrikt. Ett medeltal av förlossningarna under samma period är 547 förlossningar/år. Enligt detta skulle varje enskild barnmorska i medeltal sköta om 39 förlossningar/år.

Faktorer anknutna till modern

Respondenten undersökte om bostadsorten, d.v.s. om modern bodde i en stad eller på landsbygden hade något signifikant samband med den perinatale dödligheten. Till städerna räknas Kristinestad och Kaskö, resten av orterna hör till landsbygden. Följande tabell visar antalet förlossningar i städerna och på landsbygden samt antalet barn som levde respektive dog i stad och på landsbygd.

Tabell 4 Antalet barn som överlevde respektive dog utgående från boningsort.

	Levande	Döda	Totalt
Stad	427	10	437
Landsbygd	3233	77	3310
Totalt	3660	87	3747

Fisher's exact test, $p = 1,0000$.

Den perinatale dödligheten i städerna är 2,2 % och den perinatale dödligheten på landsbygden är 2,3 %. Sambandet mellan boendet och den perinatale dödligheten undersöktes med hjälp av Fisher's exact test. $P = 1,0000$, vilket betyder att sambandet inte är statistiskt signifikant.

Sambandet mellan moderns civiltillstånd och perinatal dödlighet undersöktes med hjälp av Fisher's exact test. Kategorierna *ogift* och *änka* slogs ihop eftersom båda är ensamstående och det fanns ett så litet antal änkor att det inte skulle visa något om man räknar dem skilt. Tabellen nedan visar antalet döda respektive levande barn utgående från moderns civiltillstånd.

Tabell 5 Antalet nyfödda som överlevde respektive dog utgående från om moderna var gift respektive ogift/änka.

	Levande	Döda	Totalt
<i>Gift</i>	3083	80	3163
<i>Ogift/Änka</i>	118	4	122
<i>Totalt</i>	3201	84	3285

Fisher's exact test, $p = 0,5530$.

Den perinatale dödligheten då modern var gift är 2,5 % och då hon var ogift/änka 3,3 %. Sambandet mellan civiltillstånd och perinatal dödlighet är inte statistiskt signifikant eftersom testet visade att $p = 0,5530$.

Respondenten undersökte sambandet mellan om kvinnan var förstföderska eller omföderska och den perinatale dödligheten. Följande tabell visar antalet förstföderskor och omföderskor och antalet barn som levde respektive dog utgående från detta.

Tabell 6 Antalet barn som överlevde respektive dog då modern var förstföderska respektive omföderska.

	Levande	Döda	Totalt
<i>Förstföderska</i>	850	33	883
<i>Omföderska</i>	2346	54	2400
<i>Totalt</i>	3660	87	3283

Fisher's exact test, $p = 0,0266$.

Den perinatale dödligheten då modern var förstföderska är 3,7 % och då modern var omföderska 2,3 %. Sambandet undersöktes med Fisher's exact test och p-värdet är 0,0266, vilket innebär att sambandet är statistiskt signifikant. Att modern var förstföderska är alltså en riskfaktor.

Faktorer anknutna till barnet

Faktorer i anknytning till barnet som undersöktes var fostrets läge, kön samt risken vid en tvillingförlossning. Fostrets läge delades in i hjässbjudning och annat. Till kategorin *annat* hör sätesbjudning och tvärläge, eftersom de båda kunde vara problematiska och tvärläge

är en så liten kategori. Sambandet mellan fostrets läge och perinatal dödlighet undersöktes med Fisher's exact test enligt följande tabell.

Tabell 7 Antalet barn som överlevde respektive dog då de föddes med hjässbjudning respektive annat läge.

	Levande	Döda	Totalt
<i>Hjässbjudning</i>	3171	58	3229
<i>Annat</i>	74	26	100
<i>Totalt</i>	3245	84	3329

Fisher's exact test, $p = 0,0001$.

Den perinatale dödligheten då barnet föddes med hjässbjudning är 1,8 % i jämförelse med vid annat läge då den perinatale dödligheten är 26,0 %. Testet gav $p = 0,0001$ vilket betyder att sambandet är statistiskt signifikant. Sättesbjudning och tvärläge utgjorde en risk för barnet.

Sambandet mellan barnets kön och perinatal dödlighet undersöktes också med Fisher's exact test. Tabellen nedan visar hur många barn som levde och dog från respektive kön.

Tabell 8 Antalet barn som överlevde respektive dog enligt kön.

	Levande	Döda	Totalt
<i>Pojke</i>	1685	58	1743
<i>Flicka</i>	1558	29	1587
<i>Totalt</i>	3243	87	3330

Fisher's exact test, $p = 0,0087$.

Den perinatale dödligheten är 3,3 % hos pojkarna och 1,8 % hos flickorna. P-värdet är 0,0087, d.v.s. sambandet är statistiskt signifikant. Risken för perinatal död var högre hos pojkar.

Under 6 år (1894–1899) föddes 41 tvillingpar, d.v.s. 82 barn. Av tvillingarna dog 11 barn. Detta innebär att 13,4 % av de barn som föddes som tvillingar dog vid förlossningen.

Ingrepp under förlossningen

Ingrepp under förlossningen undersöktes för att få veta hur stor risk dessa medförde för barnet. Data som användes togs från åren 1897–1902, eftersom det innan det knappt fanns några uppgifter om ingrepp med i dokumentationen. De flesta ingrepp gjordes av läkare, men några anteckningar kunde hittas där barnmorskan utfört ett ingrepp, oftast för att läkaren inte hunnit fram i tid. Det var inte heller alltid dokumenterat vem som utfört ingreppet, vilket gör att de inte kunde tas med i statistiken.

Under 6 år utfördes 35 tångförlossningar varav 7 slutade med att barnet dog. 20 % av barnen som föddes med hjälp av tång dog. Antalet manuella extraktioner var 35 och i 12 fall klarade sig inte barnet. Dödligheten vid manuell extraktion var 34 %. 17 vändningar utfördes under dessa 6 år och i 5 fall dog barnet, vilket innebär att dödligheten var 29 %. För att tydliggöra resultaten presenteras statistiken även i tabellform.

Tabell 9 Antal ingrepp samt dödsfall och dödlighet för respektive typ av ingrepp.

	Antal (n)	Dödsfall (n)	Dödlighet (%)
<i>Tångförlossning</i>	35	7	20 %
<i>Manuell extraktion</i>	35	12	34 %
<i>Vändning</i>	17	5	29 %

Förutom de här ingreppen togs dessutom 5 barn ut med skarpa instrument. Det innebär att de redan var döda eller dog under ingreppet som gjordes för att rädda modern. Det fanns inga anteckningar som kunde klargöra om de var döda innan ingreppet eller ej.

Resultatdiskussion

I det här kapitlet jämförs resultatet mot tidigare forskning. Den perinatale dödligheten i Kristinestads provinsialläkardistrikt under 1894–1899 var 2,6 %. I hela Finland dog 2,4 % av alla levande födda barn under den första levnadsveckan under åren 1891 till 1895. Andelen dödfödda av alla födda barn var 2,8 % år 1891–1900 (Söderström, 1933). Man kan se att den perinatale dödligheten i det valda området stämmer bra överens med liknande statistik från resten av landet. Det är dock viktigt att lägga märke till att alla dödsfall under den perinatale perioden inte kom med i studien, vilket beror på att de dödsfall som är upptecknade i förlossningsförteckningarna troligtvis mest handlade om dödfödda eller barn som dog en kort tid efter förlossningen. Några dagar senare var barnmorskan inte där och därför är inte sådana dödsfall med i materialet. Enligt Söderström (1933) var dödsrisken allra störst den första levnadsdagen vilket innebär att studiens resultat ändå är riktigivande. En jämförelse mellan studiens resultat – 2,6 % och den allra nyaste statistiken – 3,9 % d.v.s. 0,39 % visar på en stor sänkning av den perinatale dödligheten från slutet av 1800-talet till idag (Vuori & Gissler, 2014).

Enligt Söderström (1933) var spädbarnsdödligheten större i städerna än på landsbygden under 1891–1920. Den perinatale dödligheten var också större i städerna under 1936–1939 (Salmi, 1944). Studiens resultat visar att den perinatale dödligheten var 2,2 % i städerna och 2,3 % på landsbygden. Sambandet mellan boendet och den perinatale dödligheten visade sig inte vara statistiskt signifikant, vilket innebär att den lilla skillnad som finns beror på slumpen. För ett barn som föddes inom äktenskapet var risken 2,5 % att det dog under den första veckan medan barn till ogifta kvinnor eller änkor hade en risk på 3,3 %. Sambandet mellan civiltillstånd och den perinatale dödligheten visade sig inte heller vara statistiskt signifikant. Med ett större material kanske man skulle ha fått ett annat resultat, för enligt Salmi (1944) dog barn som föddes utanför äktenskapet i större utsträckning än de som föddes inom äktenskapet.

Rott konstaterade (enligt Söderström, 1933) att då förstföderskornas procentuella antal ökade så steg den perinatale dödligheten. En förstföderskas förlossning innebär en större risk än en omföderskas förlossning. Studiens resultat stämmer överens med detta. Den perinatale dödligheten var 3,7 % hos förstföderskor och 2,3 % hos omföderskor. Sambandet var statistiskt signifikant, vilket innebär att risken för perinatal död är högre hos förstföderskor.

Fosterbjudningen visade sig spela en stor roll för den perinatale dödligheten. Om barnet föddes med hjässbjudning var den perinatale dödligheten 1,8 % i jämförelse med 26 % vid annan fosterbjudning. Sambandet mellan fosterbjudning och perinatal dödlighet var statistiskt signifikant och risken för en dålig utgång var alltså mycket högre vid sätesbjudning och tvärläge. Enligt Lahti (2014) var en av dödsorsakerna under förlossningen vändning på grund av sätesbjudning eller tvärläge. Avhandlingen lyfter också fram tvillinggraviditeter och att dessa utgjorde en risk för såväl barnen som modern. Det här stämmer överens med studiens resultat som visar att 13,4 % av barnen som föddes som tvillingar dog under förlossningen eller under de första levnadsdagarna.

Barn av manligt kön visade sig ha ett signifikant samband med en högre perinatal dödlighet än flickor. Den perinatale dödligheten var 3,3 % bland pojkar och endast 1,8 % bland flickor. Ett flertal studier har visat att nyfödda pojkar har en större risk för dålig utgång och Elsmén Steen (2009) har skrivit en doktorsavhandling om just detta. Foster med manligt kön har större risk för prematur förlossning och graviditetskomplikationer är vanligare hos kvinnor som bär på manliga foster. Förutom risker under graviditeten och under själva förlossningen visade också avhandlingen att behovet av stöd av andning och cirkulation var större hos pojkar i neonatalperioden.

Kritisk granskning

I det här kapitlet har respondenten gjort en kritisk granskning av examensarbetet. Materialet, bortfall, källor till den teoretiska bakgrunden samt den teoretiska utgångspunkten har granskats.

Att använda arkivmaterial som data var krävande och det tog lång tid att samla in all relevant information. Respondenten upptäckte att det i många förlossningsförteckningar fanns stora brister i dokumentationen. Dessutom kunde texten i vissa fall vara mycket svårsläslig och språket, både svenska och finska, var gammalt och svårt att förstå. Kristinestads provinsialläkardistrikt valdes, eftersom dokumentationen var mer utförlig och handstilen mer lättläslig än i andra distrikt respondenten hade tillgång till. Det här gjordes inte bara för att spara tid utan även för att få ett mer tillförlitligt resultat. Några barnmorskor hade skrivit egna kommentarer i förlossningsförteckningarna. Det skulle ha varit intressant att ta med dessa i resultatet, men risken för misstolkning var för stor på grund av handstilen och språket. Dessutom var kommentarerna mycket kortfattade och därför svåra att analysera. Moderns ålder som en riskfaktor för perinatal död skulle också ha varit intressant att undersöka. Det här var tyvärr inte praktiskt genomförbart eftersom respondenten då skulle ha behövt anteckna åldern på alla 3283 föderskor. Dessutom var åldern en faktor som i många fall inte var dokumenterat vilket skulle ha orsakat ett stort bortfall. På grund av den bristfälliga dokumentationen har respondenten lärt sig att uppskatta den noggranna dokumentation som krävs inom vården idag.

Det fanns ett visst bortfall i studien som främst berodde på bristfällig dokumentering. Ett dödsfall kunde till exempel finnas med i förlossningsförteckningen men inte i årssammandraget eller tvärtom. Det här gjorde att alla dödsfall inte kunde tas med i beräkningen. I enstaka fall var dokumenteringen halvfärdig och vissa fakta var bortlämnade. Som exempel kan nämnas att en kvinnas civiltillstånd inte fanns upptecknat och därför måste det fallet utelämnas från resultatredovisningen. Respondenten anser dock att de brister i dokumentationen som fanns var så få att de inte hade någon större inverkan på resultatet. I årssammandraget 1899 finns en kommentar gällande barnmorskan i Korsnäs: "*Afrest till Amerika. Förlossningsförteckning omöjlig att erhållas.*". Detta skapade ett bortfall vars omfattning inte kan uppskattas, men eftersom informationen varken finns med i förlossningsförteckningarna eller i årssammandraget så påverkade det inte resultatet i någon större utsträckning. Det är viktigt att komma ihåg att barnmorskan inte tillkallades till alla förlossningar vilket innebär att förlossningsförteckningarna inte innehåller information om dessa. Det går inte att säga hur många de här förlossningarna är och hur det gick för modern och barnet. Med mera tid kunde respondenten ha försökt hitta kyrkböcker från den aktuella perioden och jämföra dessa med antalet förlossningar som barnmorskorna dokumenterat.

Informationen till den teoretiska bakgrunden erhöles från böcker, avhandlingar, publikationer och internet. För att skapa en förståelse för den historiska kontexten kring arbetet krävdes många olika källor från olika vetenskapliga områden. Det var en utmaning att skapa en tillräckligt bred bakgrund utan att ta med irrelevant information. Förutom att hitta källor som beskrev rätt tidsperiod försökte respondenten också hitta källor som beskrev situationen i Finland och specifikt Österbotten. Till viss del användes också källor från Sverige i de sammanhang där de ansågs vara relevanta. Respondenten använde sig bara av källor som kan anses vara tillförlitliga och av hög kvalitet. Den tidigare forskningen

består av 5 artiklar och en pro gradu-avhandling. Att inte fler artiklar togs med berodde på att respondenten sökte efter artiklar som behandlade ungefär samma tid som studien och dessutom handlade om Finland. I efterhand har respondenten konstaterat att det kunde ha varit klokt att bredda kriterierna lite. Det kunde till exempel varit intressant att jämföra läget i Finland i slutet av 1800-talet mot läget i u-länderna idag. Det skulle också vara intressant att veta vilka faktorer som ses som risker idag.

Genom att göra en historisk studie om barnmorskans arbete i slutet av 1800-talet har respondenten fått stor respekt för barnmorskorna och deras hängivenhet till sitt yrke. På den tiden var det egentligen mer ett kall än ett yrke för ofta hade barnmorskan ingen egen familj och hon skulle vara beredd så fort någon behövde henne. Det var på grund av barnmorskans kärleksfulla vårdande och tjänande hjärtelag som respondenten valde Katie Erikssons caritativa vårdteori samt begreppet *tjänande* som teoretiskt utgångspunkt. Studiens kvantitativa design gjorde det svårt att tolka resultatet direkt mot den teoretiska utgångspunkten. Respondenten hoppas ändå att läsaren genom teorin fått en inblick i barnmorskans självupppoffrande vårdande och tjänande av den födande kvinnan. Skulle respondenten göra examensarbetet på nytt skulle mer tid läggas på att försöka hitta en teori som bättre kan spegla resultatet.

Historisk forskning var främmande för respondenten när arbetet inleddes. Detta ledde till att temat, metoden och syftet måste ändras under arbetets gång. Det här berodde till stor del på att man vid historisk forskning bara har tillgång till det material som redan finns (Eliasson, 2006). Vid granskning av arbetet som helhet konstaterade respondenten att arbetet skulle ha blivit tydligare och kanske mer sammanhängande om temat, metoden och syftet varit rätt från början. Respondenten förstår nu vikten av att läsa in sig på temat och den valda metoden innan arbetet inleds för att kunna utforma studien på bästa sätt.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer hos kvinnan och barnet som ökade risken för perinatal dödlighet. Dessutom ville respondenten kartlägga den perinatale dödligheten i Kristinestads provinsialläkardistrikt under åren 1894–1899. Studiens resultat visade ett antal faktorer hos både modern och barnet som ökade risken för perinatal död men också ett antal som inte hade någon betydande inverkan. Enligt resultatet är riskfaktorerna följande: kvinnan är förstföderska, fostret är i sätesbjudning eller tvärläge, barnet är av manligt kön, tvillingförlossningar samt olika ingrepp under förlossningen. Studien uppfyllde sitt syfte och respondentens frågeställningar blev besvarade.

Resultatet var till stor del som förväntat, men innehöll några överraskningar. Respondenten överraskades av att manligt kön hos barnet var en riskfaktor. Lite efterforskningar visade att flera artiklar har gett liknande resultat. Det tyder alltså på att nyfödda pojkar är svagare än flickor, men respondenten kunde inte hitta någon förklaring till varför det är så. Respondenten hade förväntat sig att ensamstående kvinnor skulle ha haft större risk att förlora sitt barn. Resultatet visade att så inte var fallet. Det kan tänkas

att spädbarnsdödligheten påverkades mera än den perinatala dödligheten av moderns civiltillstånd. Resultatet visade också att den perinatala dödligheten var nästan lika stor i städerna och på landsbygden. Det här kanske beror på att både Kristinestad och Kaskö var relativt små städer. Det kan hända att en större studie som undersöker en större stad skulle ge ett annat resultat. Kristinestad var också en välmående hamnstad, vilket kan förklara att den perinatala dödligheten inte var så stor där.

Respondenten ser ingen direkt praktisk nytta med studien, men den bidrar till att skapa en förståelse för hur barnmorskorna arbetade i Finland under slutet av 1800-talet och hur långt vården av modern och den nyfödda har kommit sedan dess. Respondenten upptäckte att det finns en brist på statistik av perinatal dödlighet från 1800-talet i Finland. I artiklar som respondenten läst talades det främst om spädbarnsdödligheten. Det var först en bit in på 1900-talet som man började lägga mer vikt på perinatal dödlighet (Söderström, 1933; Salmi, 1944). Kanske detta beror på att riskerna med en förlossning var mycket större på 1800-talet och man såg det som ganska naturligt att inte alla barn överlevde. För den familj som drabbades kunde det självklart ändå orsaka stort lidande. Fokus vid förlossningen låg på modern och att hon skulle överleva, medan barnet kom lite i andra hand (Öberg, 1996). Utförandet av embryotomier talar också för detta. Respondenten kan till en viss del förstå det här tanke sättet ur en ren praktisk synvinkel. Kvinnan kunde redan ha ett antal barn som skulle ha svårt att klara sig utan mor och hon behövdes dessutom till arbetet på gården. Ändå känns det hemskt att tänka att moderns liv måste räddas på bekostnad av barnet. I förlossningsförteckningarna nämndes ingenting om psykiskt stöd till kvinnan som förlorat sitt barn. Det skulle vara intressant att veta om barnmorskan pratade om det med henne eller om man bara lade det bakom sig.

Att göra examensarbetet ur en historisk synvinkel har varit mycket krävande, men också intressant och givande. Respondenten upplever att resultatet var intressant och svarade på frågeställningarna. Studien är bara ett skrap på ytan av barnmorskans historia men respondenten hoppas att det ger läsaren en inblick i det förgångna och intresse att lära sig mer. Barnmorskans historia är långt ifrån färdigt berättad och det finns många områden som skulle vara intressant att lära sig mera om. Som tidigare nämndes var det svårt att hitta statistik om den perinatala dödligheten i Finland före 1900-talet, vilket därför kunde vara ett ämne för fortsatt forskning. Ett annat förslag för fortsatt forskning är mödradödligheten i Finland på 1800-talet. Det här tangerar studiens tema men valdes att inte tas med på grund av att studien då skulle ha blivit för omfattande.

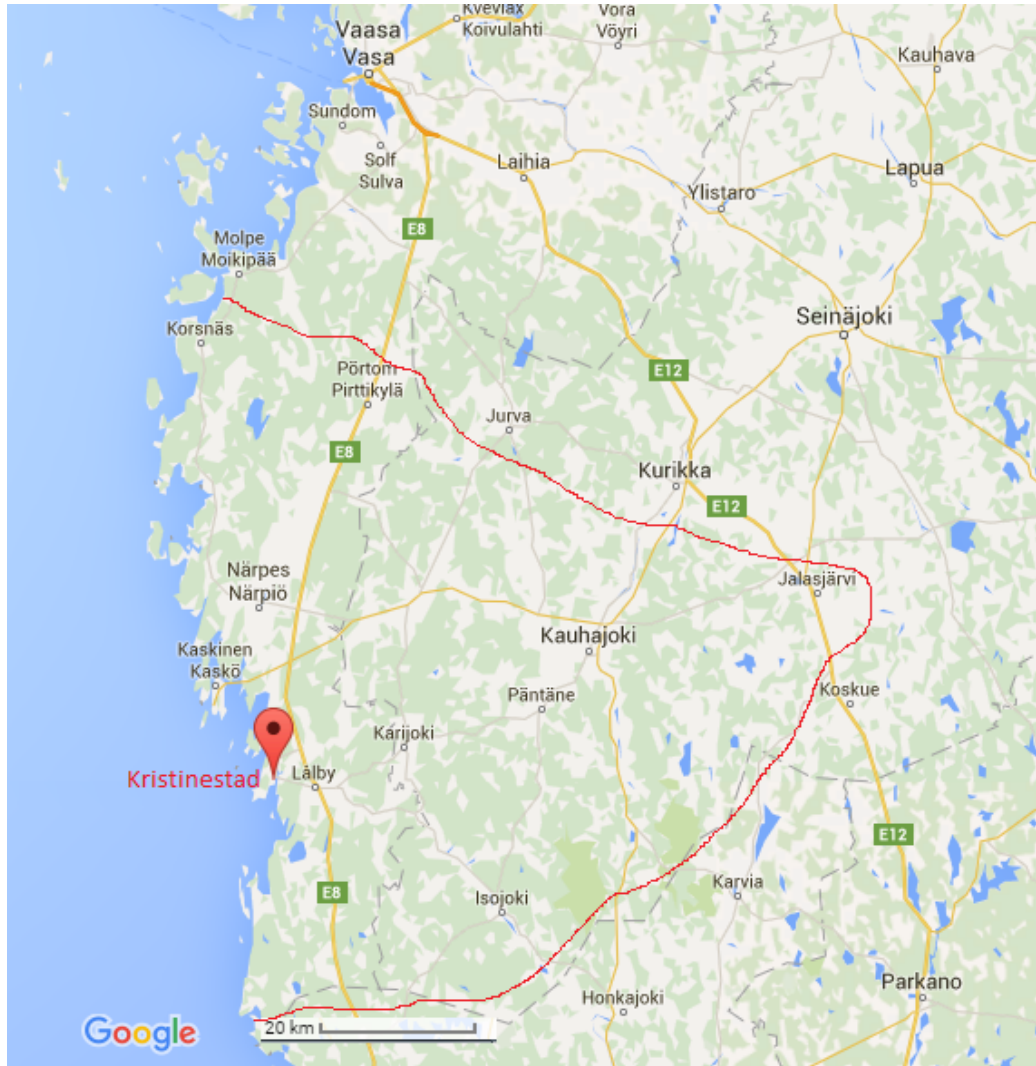
Källförteckning

- Arkistolaitos, u.å. Arkivbildare: Provinsialläkaren i Kristinestad. [Online] www.narc.fi [hämtat 14.4.2015].
- Billhult A. & Gunnarsson R., 2012a. Kvantitativ studiedesign och stickprov. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.
- Billhult A. & Gunnarsson R., 2012b. Bortfallsanalys och beskrivande statistik. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.
- Billhult A. & Gunnarsson R., 2012c. Analytisk statistik. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.
- Denscombe M., 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklund A-C., 2006. *I livets tjänst – En idéhistorisk vandring i barnmorskans värld på barnbördshuset i Jakobstad under tidsperioden 1909–1965*. Åbo: Åbo Akademi, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, Avhandling pro gradu.
- Eliasson A., 2006. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Elsmén Steen E., 2009. *Gender differences in perinatal morbidity and long term consequences of preterm birth*. Lund University: Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 2009:124.
- Finlands officiella statistik, u.å. *Födda*. [Online] www.stat.fi/til [hämtat 4.2.2015].
- Forskningsetiska delegationen., 2012. *God vetenskaplig praxis*. [Online] www.tenk.fi/sv [hämtat 11.2.2015].
- GraphPad Software., 2015. *QuickCalcs – Analyze a 2x2 contingency table*. [Online] <http://graphpad.com/quickcalcs> [hämtat 30.9.2015].
- Hilli, Y. & Koskinen, C., 2012. *Katie Eriksson, Hedersmedlem i NCCS 2011. Markering på årsmötet i NCCS 2012*. Nordic College of Caring Science.
- Hirvensalo, M., 1949. Varhaiskuolleisuudesta. *Duodecim* 1949(7), s. 646–652.
- Honkavuo, L., 2014. *Serva ad ministrare – Tjänandets ethos i vårdledarskap*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Hoppa K., 2010. *Paarmuskoista koulutettuihin kättilöihin – Kunnankättilön työ sekä raskauden seurannan ja synnytyksen medikalisoituminen Pohjois-Suomessa vuosina 1900–1960*. Turku: Turun yliopisto, Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos, Pro gradu-tutkielma.
- Hyrkkänen M., 2008. Historian arvo ja viehätys. i: K. Lempiäinen, O. Löytty & M. Kinnunen toim. *Tutkijan kirja*. Tampere: Vastapaino.
- Höjeberg P., 2011. *Jordemor, barnmorska och barnaföderska – Barnafödandets historia i Sverige*. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Jutikkala E., 2003. Katovuodet. Teoksessa: V. Rasila, E. Jutikkala & A. Mäkelä-Alitalo toim. *Suomen Maatalouden historia 1 – Perinteisen maatalouden aika. Esihistoriasta 1870-luvulle*. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden Seura.
- Jutikkala E. & Pirinen K., 1982. *Finlands historia*. Lund: Natur och Kultur.
- Kristinestads sjöhistoriska förening, u.å. *Sjöfartsmuseum*. [Online] edu.krs.fi/museo [hämtat 14.4.2015].
- Kjellström S., 2012. Forskningsetik. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.
- Lahti A., 2014. *Ammattina kättilö – Maalaiskättilön työ 1900–1920 Jyväskylän piirilääkäripiirissä ja kättilöiden kirjoituksissa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Historian ja etnologian laitos, Pro gradu-tutkielma.
- Lindeberg J. red., 2009. Finska kriget. i: *Uppslagsverket Finland*. [Online]. www.uppslagsverket.fi [hämtat 24.3.2015].
- Lindström, U., Lundholm Nyström, L. & Zetterlund, J., 2014. Theory of Caritative Caring i: M. Alligood red. *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Lindqvist B., 2014a. *Spädbarnsperioden*. [Online] www.ne.se [hämtat 4.12.2014].
- Lindqvist B., 2014b. *Nyföddhetsperiod*. [Online] www.ne.se [hämtat 4.12.2014].

- Lithell U., 1983. Bröstat eller dihornet? Mödrars och spädbarns livsvillkor i 1800-talets Finland. i: H. Norman red. *Den utsatta familjen – Liv, arbete och samlevnad i olika nordiska miljöer under de senaste tvåhundra åren*. Stockholm: LTs förlag.
- Lundberg O., Åberg M., Kölegård M., Björk L. & Fritzell J., 2008. *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS)*. Health Equity Studies No 12. Centre for Health Equity Studies (CHESS): Stockholm University/Karolinska Institutet.
- Lundström-Björk K., 1990. *Ett himmelrike för barnafödorskor – En etnologisk undersökning kring anstaltsförlossningens genombrott i Jakobstad*. Jakobstad: Jakobstads Museums publikationer nr 23.
- Malmqvist J., *Neonatal dödlighet*. [Online] www.ne.se [hämtat 4.12.2014].
- Medicinsk ordbok, u.å. [Online] <http://medicinskordbok.se/> [hämtat 9.10.2015].
- Official Statistics of Finland, 2012. *Appendix table 3. Mortality during infant and perinatal period 1987–2012*. [Online] <http://www.stat.fi/til> [hämtat 10.12.2014].
- Paananen U., 2015. Kätilötyön historia. i: U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä toim. *Kätilötyö*. Tammerfors: Edita.
- Peltonen M., 2004. Torpparikysymys. Teoksessa: M. Peltonen toim. *Suomen maatalouden historia – Kasvun ja kriisien aika. 1870-luvulta 1950-luvulle*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Persson F., 2011. Att forska i arkiv. i: K. Fangen & A-M. Sellerberg red. *Många möjliga metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Petterson T., u.å. Epidemi. i: J. Lindberg & R. Sandelin red. *Uppslagsverket Finland*. [Online] www.uppslagsverket.fi [hämtat 24.3.2015].
- Pilvi A., 2013. "Säästyy siten lapsia ja äitejä" – Synnytyksen siirtyminen kotoa sairaaloihin. *Synnytyksen laitostumisesta käyty keskustelu synnytyksen ammattilaisten lehdistä 1935–1959*. Helsinki: Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta, Pro gradu-tutkielma.
- Pitkänen K., Koskinen S. & Martelin T., 2000. Kuolleisuuden alue-erot ja niiden historia. *Duodecim* 2000(116), s. 1697–1710.
- Raivio K., 1990. Eloa kuolleisuuslukuihin – perinataalitalastojen taustat. *Duodecim* 1990(106), s. 1633–1639.
- Riska H., 2009. Tuberkulos. i: J. Lindberg & R. Sandelin red. *Uppslagsverket Finland*. [Online] www.uppslagsverket.fi [hämtat 19.3.2015].
- Salmi T., 1944. Imeväiskuolleisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä Suomessa viime vuosina. *Duodecim* 1944(11), s. 537–565.
- Statistikcentralen, 2014. *Dödfödda och döda under första levnadsåret efter underliggande dödsorsak 1998–2013*. [Online]. www.stat.fi [hämtat 24.3.2015].
- Suomen virallinen tilasto (SVT), 2010. 6. *Lapsikuolleisuus 1936–2010*. [Online] <http://www.stat.fi/til> [hämtat 9.12.2014].
- Söderström H., 1933. Imeväisten varhaiskuolleisuus. *Duodecim* 1933(6), s. 521–543.
- Tufte P., 2011. Kvantitativ metod. i: K. Fangen & A-M. Sellerberg red. *Många möjliga metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Vainio-Korhonen K., 2012. *Ujostelemattomat – Kötilöiden, synnytysten ja arjen historiaa*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Vuori E. & Gissler M., 2014. *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2013*. Hälsa 2014. Helsingfors: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vuori E. & Gissler M., 2015. *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2014*. Hälsa 2015. Helsingfors: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- World Health Organization (WHO), 2006. *Neonatal and Perinatal Mortality: country, regional and global estimates*. Frankrike: WHO Press.
- Öberg L., 1996. *Barnmorskan och läkaren – Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920*. Stockholm: Ordfronts förlag.
- Östman A-C., 2004. Mekanisoinnin ensimmäinen aalto. Teoksessa: M. Peltonen toim. *Suomen maatalouden historia – Kasvun ja kriisien aika. 1870-luvulta 1950-luvulle*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Bilaga Kristinestads provinsialläkardistrikt

En uppskattning gjord av respondenten av området som hörde till Kristinestads provinsialläkardistrikt utgående från beskrivningarna från Arkivverket (Arkistolaitos, u.å.).



Poster: Könsskillnader i den perinatale dödigheten

Är pojkar svagare än flickor?

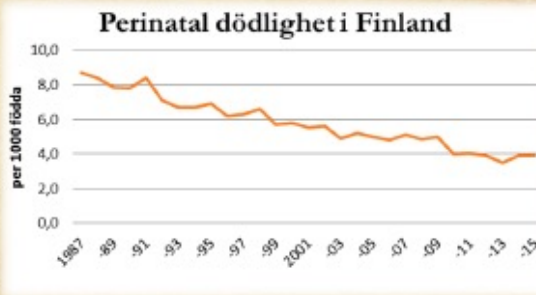
KÖNSSKILLNADER I DEN PERINATALA DÖDLIGHETEN

Perinatal dödlighet =

antalet dödfödda och antalet levande födda som avlidit under de första sju levnadsdyggen per 1000 födda barn

Den perinatale dödigheten i Finland är en av de lägsta i världen. År 2015 var den 3,9 per 1000 födda barn.

Ett flertal studier har visat att den perinatale dödigheten är högre hos pojkar. Enligt officiell statistik gäller detta även i Finland.



Mellan år 1987 och 2015 har det i medeltal dött 6,1 av 1000 födda pojkar i jämförelse med 5,5 av 1000 födda flickor.

Det föds även fler pojkar än flickor i Finland. I medeltal är 51 % av barn som föds under ett år pojkar och 49 % flickor.

Mikaela Mård, barnmorskestuderande på Yrkeshögskolan Novia.

Handledare: HVD Anita Wikberg.

November 2016, Barnmorskeutbildningens 200-års jubileum.



Abstrakt för poster Könsskillnader i den perinatale dödigheten

Bakgrund

Studiens bakgrund är examensarbetet *Perinatal dödighet i 1800-talets Österbotten* (Mård, 2015). På 1890-talet i Kristinestads provinsialläkardistrikt fanns en större risk för barnet att dö om modern var förstföderska. Även fosterbjudningen och barnets kön visade sig ha en betydande inverkan på risken för perinatal död. Examensarbetet har gjorts med anledning av barnmorskeutbildningens 200-årsjubileum år 2016.

Undersökningsfrågor

Syftet är att undersöka skillnaden i perinatal dödighet mellan könen i Finland. Frågeställningen är: Finns det någon signifikant skillnad gällande den perinatale dödigheten mellan könen idag?

Metoder

Studien är kvantitativ och data erhöles från THL:s register över nyfödda 1987–2015. Chi-Square test användes för att beräkna den statistiska signifikansen. Forskningsetiska principer har följts.

Resultat

Resultatet presenteras i en poster som genom diagram visualiserar skillnaden mellan könen samt förändringen i den perinatale dödigheten i Finland. Resultatet visar att barn av manligt kön har en större risk för perinatale dödsfall än barn av kvinnligt kön. Statistiken visar även en klar sänkning av den perinatale dödigheten från år 1987 till 2015.

Konklusioner

Pojkar har högre risk för perinatal dödighet än flickor, samtidigt som det föds något fler pojkar än flickor. Den perinatale dödigheten i Finland har sjunkit de senaste 30 åren.

Barnmorskeutbildningen är den första utbildningen för kvinnor inom hälso- och sjukvård i Europa och en utbildning med gamla traditioner. Den första barnmorskeutbildningen i Finland startade i Åbo år 1816. Barnmorskeyrket är i huvudsak ännu ett yrke för kvinnor, få män har valt att bli barnmorskor.

Under de 200 år som barnmorskeutbildningen i Finland har pågått, har en stor utveckling inom utbildning och inom arbetsförhållanden skett. Förändringen kan tillskrivas såväl den allmänna samhällsutvecklingen som utvecklingen inom vård och vårdteknologi.

Vi kan se en förändring från hemförlossningar till förlossning på sjukhus, en förbättrad mödra- och barnrådgivning, en välutvecklad vård som har minskat dödligheten bland mödrar och barn. Vi kan också se en förändring i barnmorskans arbetsförhållanden, från en dygnet-runt tjänst till ett arbete med lagstadgad arbetstid.

Trots att vi lever i en annan tidsålder idag, har vi mycket gemensamt med de barnmorskor som gått före oss. Det intresse som är genomgående för barnmorskan genom tiderna är kvinnans och det nyfödda barnets hälsa och välbefinnande under graviditet, förlossning och barnsängstid.

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

Novia är den största svenskspråkiga yrkeshögskolan i Finland med examensinriktad ungdoms- och vuxenutbildning, utbildning som leder till högre yrkeshögskole examen samt fortbildning och specialiseringsutbildning. Nova har ca 4000 studerande på sex campus i Vasa, Jakobstad, Raseborg och Åbo.

Yrkeshögskolan Nova är en internationell yrkeshögskola, via samarbetsavtal utomlands och internationalisering på hemmaplan. Novias styrka ligger i närvaron och nätverket i hela Svenskfinland.

Novia representerar med sitt breda utbildningsutbud de flesta samhällssektorer. Det är få organisationer som kan uppvisa en sådan kompetensmässig och geografisk täckning. Högklassiga och moderna utbildningsprogram ger studerande en bra plattform för sina framtida yrkeskarriärer.

YRKESHÖGSKOLAN NOVIA

Wolffskavägen 33, vån 4, 65200 Vasa
Växel tfn (06) 328 5000
Fax (06) 328 5110
www.novia.fi

ANSÖKNINGSBYRÅN

Wolffskavägen 33, 65200 Vasa
Tfn (06) 328 5555
Fax (06) 328 5117
ansokningsbyran@novia.fi

Yrkeshögskolan Nova upprätthåller en publikations- och produktionsserie för att sprida information och kunskap om verksamheten såväl regionalt, nationellt som internationellt. Publikations- och produktionsserien är indelad i fem kategorier:

R - Rapporter • P - Produktioner • A - Artiklar • L - Läromedel • S - Studerandes arbete

Läs våra senaste publikationer på www.novia.fi/FoU/publikation-och-produktion