



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: VT23 Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

”En födande – en barnmorska”
Barnmorskors upplevelser av kontinuerligt stöd under
förlossning

Fokusgruppsdiskussioner med förlossningsbarnmorskor

“One to One Care”
Midwives’ experiences of continuous support during labor

Focus group discussions with labor ward midwives

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2023

Författare:

Emma Ocklind

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Marie Klingberg-Allvin

Leg. Barnmorska

Professor i reproduktiv hälsa

Examinator:

Wibke Jonas

Leg. Barnmorska

PhD

Sammanfattning

Bakgrund: Kontinuerligt stöd av barnmorska under förlossning har positiv effekt på förlossningens förlopp. ”En födande – en barnmorska” innebär att barnmorskan ansvarar för en födande i aktiv fas av förlossning. Att vårda en födande möjliggör kontinuerligt stöd och främjar en säker förlossningsvård. Vårdmodellen har implementerats vid ett antal förlossningsavdelningar i Sverige vilket medfört förändringar i arbetets organisation enligt detta resonemang. Ett barnmorskeorienterat arbetssätt kan förbättra barnmorskors upplevelser av sin arbetssituation. Kunskapen om hur barnmorskor delaktiga i implementering av kontinuerligt stöd under förlossning upplever sin arbetsmiljö och sina förutsättningar att ge vård utifrån arbetssättets evidens är dock begränsad.

Syfte: Att undersöka hur barnmorskor upplever införandet av kontinuerligt barnmorskestöd vid förlossning med fokus på barnmorskans roll och förutsättningar att arbeta utifrån det kontinuerliga stödets evidens.

Metod: En kvalitativ studie med fokusgruppsdiskussioner (n=2) med åtta barnmorskor på en förlossningsklinik i Mellansverige. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Analysen gav fyra huvudkategorier: *Den stödjande rollen, Organisatoriska förutsättningar att ge stöd, Utmaningar & Farhågor* samt *Införandet av kontinuerligt stöd driver utveckling*. Barnmorskor beskriver sin stödjande roll i termer av närvaro och att se individen. Organisatoriska faktorer inverkar på i vilken utsträckning barnmorskor kan ge kontinuerligt stöd. Att implementera kontinuerligt barnmorskestöd upplevs positivt men diskussioner kring fördelning av resurser samt samspelet med undersköterskor kan vara av värde i arbetets fortsatta utveckling.

Slutsats: Resultaten belyser betydelsen av kontinuerligt stöd som vårdform och stödjer organisatoriska förändringar för att möjliggöra för barnmorskor att ge kontinuerligt stöd till en födande i aktiv fas. Satsningen har potential att generera mindre stress och även driva på utvecklingen av och tydliggöra barnmorskans autonoma professionella roll samt värderingar och kultur på en förlossningsavdelning.

Nyckelord: *förlossningsvård, barnmorska, kontinuerligt stöd, arbetsmiljö*

Abstract

Background: Continuous support from a midwife during childbirth might have a positive impact on the course and of outcome of labor. "One to One care" means that the midwife is responsible for one birthing person in the active phase of labor. Caring for one person in labor enables continuous support and is considered to promote safe birth care, including a positive experience. Some maternity wards in Sweden have implemented changes in the organization of work to align with the "One to One care" model. A midwife-oriented method of work can improve midwives' experiences of their work situation, but knowledge of how midwives involved in the implementation of continuous support during childbirth experience their work environment and their conditions for providing care based on the evidence behind "One to One care" is limited.

Aim: To examine how midwives experience the introduction of continuous midwifery support during childbirth with a focus on the role of the midwife and the working conditions for providing care based on the evidence of continuous support.

Method: A qualitative study with focus group discussions (n=2) with eight midwives at a maternity clinic in Central Sweden. Data were analyzed using qualitative content analysis with an inductive approach.

Results: The analysis yielded four main categories: The supporting role, Organizational prerequisites for providing support, Challenges & Concerns and The introduction of continuous support drives development. Midwives describe their supportive role in terms of being present and seeing the individual. Organizational factors influence the extent to which midwives can provide continuous support. Implementing continuous midwifery support is perceived positively, but discussions around the distribution of resources and the interaction with assistant nurses can be of value onwards.

Conclusion: The findings highlight the importance of "One to One care" and support organizational changes to enable midwives to provide continuous support to one person in the active phase of labor. This has the potential to generate less work-related stress and fuel the development of the midwife's autonomous professional role as well as values that influence the work culture.

Keywords: *midwifery care, midwife, continuous support, professional practice*

Förord

I denna studie har författaren valt att genomgående använda pronomen hen men begreppen kvinna, födande och familj förekommer också.

Författarens strävan och förhoppning är att ingen ska känna sig exkluderad av textens utformning. I tidigare forskning och publicerat material från exempelvis myndigheter används ofta termen kvinna. Vid hänvisning till dylikt material har författaren valt att behålla denna formulering. Likaså förekommer termen kvinna i presenterade citat från studiens intervjupersoner.

Författaren vill rikta ett stort tack till de åtta informanterna i studien som så generöst delat med sig av sina tankar och upplevelser.

Slutligen vill författaren tacka sin handledare, professor Marie Klingberg-Allvin samt universitetsbarnmorskorna Joanna Tingström och Katarina Gröndal som bidragit med ovärderliga råd och stöd genom hela processen.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	2
<i>Förlossningsvården i Sverige idag.....</i>	<i>2</i>
<i>Barnmorskeledd vård</i>	<i>3</i>
<i>Den födandes behov av stöd.....</i>	<i>4</i>
<i>Kvinnocentrerad vård.....</i>	<i>5</i>
<i>Patientsäkerhet och barnmorskors arbetsmiljö.....</i>	<i>6</i>
<i>Definition "En födande – en barnmorska"</i>	<i>6</i>
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
<i>Design</i>	<i>8</i>
<i>Urval och rekrytering</i>	<i>8</i>
<i>Datainsamling</i>	<i>10</i>
<i>Deltagare</i>	<i>10</i>
<i>Dataanalys</i>	<i>11</i>
Resultat	14
<i>Den stödjande rollen</i>	<i>14</i>
Olika former av närvaro.....	14
Relationsbyggande.....	15
Främja ett normalt förlossningsförlopp	16
Se individen	16
Att definiera behovet av stöd	16
<i>Organisatoriska förutsättningar att ge stöd.....</i>	<i>17</i>
Inre och yttre faktorerers påverkan.....	17
<i>Utmaningar och farhågor.....</i>	<i>19</i>
Samspel med andra yrkeskategorier	19
Utveckling av arbetsformen.....	19
<i>Införandet av kontinuerligt stöd driver utveckling.....</i>	<i>20</i>
Positiva effekter arbetskultur	20
Positiva effekter barnmorskans roll.....	20
Diskussion	21
<i>Metoddiskussion</i>	<i>21</i>
Urval och rekrytering.....	22
Datainsamling	23
Dataanalys.....	25
Etik	26
Användandet av begreppet "Kvinnocentrerad vård"	26
<i>Resultatdiskussion.....</i>	<i>27</i>
Den stödjande rollen	27

Organisatoriska förutsättningar att ge stöd	29
Utmaningar och farhågor	30
Införandet av kontinuerligt stöd driver utveckling	31
En väg framåt	32
Slutsats	33
Kliniska implikationer	34
Förslag för framtida forskning	34
Referenser	35
Bilaga 1.....	42
<i>Intervjuguide</i>	<i>42</i>
Bilaga II.....	43
<i>Information till deltagare.....</i>	<i>43</i>
Bilaga III.	45
<i>Blankett för verksamhetschefens godkännande.....</i>	<i>45</i>

Introduktion

Barnafödandets historia berättar att hemmet länge var den plats där födseln ägde rum. Den födande bistods ofta av kvinnliga släktingar och grannar som var kontinuerligt närvarande under förlossningens olika skeden. Under nittonhundratalet kom allt fler födslar att ske på sjukhus och med denna förändring följde att tillgången till kontinuerligt stöd kraftigt begränsades eller helt eliminerades (Bohren et al., 2017). Att föda på sjukhus kom i takt med den medicinska utvecklingen att bli det förlossningssätt som ansågs mest säkert men med den medicinska vetenskapen kom också fler interventioner i födandets process och många upplevde sjukhusens sterila miljö och rutinstyrda organisation som fabriksliknande och dehumaniserande. Från 1970-talet och framåt genomgick förlossningsvården i Sverige en centralisering. Små förlossningskliniker stängde och vården samlades på större regionsjukhus. Syftet var att erbjuda bästa möjliga vård till alla födande men såväl barnmorskor som gravida protesterade, centraliseringen ansågs motverka flera av de för dem viktiga komponenterna i barnafödande: en naturlig förlossning, trygghet och lugn och ro (Larsson, 2022).

Södersjukhuset slog 1989 upp dörrarna till en ny, sammanhållen vårdform kallad Alternative Birth Care (ABC). Gravida med en förväntad normal förlossning uppmuntrades här till en naturlig födsel genom begränsad användning av medicinsk teknik och den födande fick ha med sig vem hen ville som stöd (Waldenström, 1993). Södra BB är ett efterföljande exempel på en i stor utsträckning barnmorskeledd lågriskenhet där fokus låg på främjande av det naturliga förloppet och de synbarligen trygghetsskapande effekterna av kontinuitet i vården genom graviditet, förlossning och eftervård (Larsson, 2022). Krav på effektivisering ledde i båda fall till enheternas nedmontering men i debatten fördes även frågor om inrättningarnas säkerhet (Dagens Medicin, 2004) och vårdens jämlikhet (Klepke, 2015) fram.

Dagens svenska förlossningsvård anses hålla hög standard. Vårt lands barna- och mödradödligheten hör till de lägsta i världen men Socialstyrelsen konstaterar att förlossningsvården ändå har utmaningar att ta sig an. Hur öka de gravidas och nyblivna föräldrarnas upplevelse av trygghet och delaktighet? (Socialstyrelsen, 2022). Ur den historiska resumén framträder en röd tråd, stödets plats i födandets process går genom alla tider. Vilka möjligheter har vi att implementera det kontinuerliga stödet i dagens förlossningsvård? Det ska i det följande undersökas.

Bakgrund

Förlossningsvården i Sverige idag

För att sätta studien i kontext följer här en kort beskrivning av den svenska förlossningsvården. I Sverige föds 110 000 – 120 000 barn varje år. Antalet förlossningskliniker i landet uppgår till 42 stycken men antalet förlossningar per klinik samt deras bemanning och organisation varierar. På en förlossningsavdelning arbetar barnmorskor, undersköterskor och obstetriker (Socialstyrelsen, 2022). Barnmorskan ansvarar självständigt för förlossningen i de fall den är okomplicerad (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Vid riskgraviditeter och komplicerade förlossningar sker handläggningen i samråd med obstetriker. Utifrån den födandes behov kan även anestesiloger, barnläkare, barnsjuksköterskor och kuratorer involveras i vården (Socialstyrelsen, 2022).

Så här kan en födsel på en förlossningsklinik gå till: den födande kommer till förlossningsavdelningen i samband med att förlossningen tros ha startat. Hen får träffa en barnmorska som bedömer om förlossningen kommit i gång i sådan grad att den födande bör skrivas in på avdelningen. Om den födande skrivs in stannar hen kvar på förlossningen till dess att barnet är fött. Under förlossningen tittar barnmorskan till den födande med jämna mellanrum. I slutet av förlossningen är barnmorskan hos den födande hela tiden. Hur länge man stannar på sjukhuset efter att barnet är fött varierar. Om familjen mår bra kan de gå hem redan efter sex timmar, andra stannar ett par dagar på en så kallad eftervårdsavdelning för att få hjälp och stöd med till exempel amning, eventuella infektioner och bristningar (1177, 2019).

För en barnmorska verksam på en sjukhusbunden förlossningsklinik kan arbetet, enligt Hunter (2004) ge upphov till inre konflikter då en medicinsk och institutionaliserad, generaliserbar arbetsmodell inte alltid går hand i hand med en mer individanpassad, naturlig och holistisk syn på födande. Att arbeta ”nära den födande” gör att barnmorskor upplever sitt jobb mer givande medan en alltför medikaliserad styrning kan få arbetet att upplevas känslomässigt krävande. För de födande är upplevelsen av en sjukhusförlossning i sin tur influerad av i vilken utsträckning de får stöd från och känner förtroende för barnmorskan och vilka verktyg de ges för att känna sig trygga och säkra i sjukhusmiljön (Pereda-Goikoetxea et al., 2019). För att skapa en mer högkvalitativ förlossningsvård föreslår Ten Hoope-Bender et al. (2014) en finare balans mellan preventiv och behandlande vård där utrymme skapas för kontinuitet i vårdkedjan.

Barnmorskeledd vård

Barnmorskeledd vård innebär att barnmorskan utgör primär vårdgivare för den gravida under graviditet, förlossning och eftervård (Renfrew et al., 2014). Caseload Midwifery och Team Midwifery är exempel på sådana kontinuitetsmodeller av vård där kontinuitet innebär att den gravida familjen följs av samma team av barnmorskor före, under och efter förlossning i en sammanhållen vårdkedja. De två modellerna är närbesläktade men skiljer sig åt i fråga om antalet barnmorskor som ingår i arbetslaget. Caseload Midwifery eftersträvar maximal barnmorskekontinuitet, i idealfallet tas den gravida om hand av en och samma barnmorska under såväl graviditet som förlossning och eftervård. Team Midwifery kan omfatta 7–10 barnmorskor. Den gravida följs av en barnmorska under graviditeten men får samtidigt lära känna en grupp barnmorskor varav någon kan komma att bli den som bistår den gravida under förlossningen. Barnmorskekontinuiteten är därmed lägre än vid Caseload Midwifery men upplägget skapar ändå goda förutsättningar för den gravida att mötas av en bekant barnmorska i samband med förlossningen (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). En omfattande metaanalys av Sandall et al. (2016) har visat att en barnmorskeledd kontinuitetsmodell av vård ger fler nöjda födande och kan resultera i en ökad andel spontana förlossningar, en lägre användningsfrekvens av epiduralbedövningar och färre prematura och instrumentella förlossningar.

Caseload Midwifery och Team Midwifery utgör komplement till andra vårdformer inom förlossning och har praktiserats i många år i länder som Danmark, England och Australien. I Sverige har vårdmodellerna testats på ett par ställen, bland annat på BB Karolinska Huddinge i Stockholm som hösten 2018 implementerade arbetssättet i projektform under namnet ”Min Barnmorska” (Vårdförbundet, 2022). Projektet fördes som ett samarbete mellan förlossningen på Karolinska Huddinge och mödravården i södra Stockholm med målsättningen att genom barnmorskekontinuitet stärka vårdkedjan kring den födande och främja hens och den blivande familjens möjligheter att känna sig trygga och stärkta inför förlossningen och det blivande föräldraskapet. Vid årsskiftet 2023 löpte projektet ut och numera ingår ”Min Barnmorska”, om än i en något uppdaterad form, i den ordinarie förlossningsvården på Karolinska Huddinge (Karolinska, 2023). Möjligheten att under graviditeten skapa och utveckla en relation till barnmorskan lyfts av Perriman et al. (2018) fram som en anledning till att gravida uppskattar en barnmorskeledd kontinuitetsmodell av vård. I relationen finns potential till individualiserad vård vilket för den gravida kan leda till en ökad upplevelse av delaktighet och självbestämmande samt ökat förtroende för vården.

Den födandes behov av stöd

En kontinuerligt närvarande stödperson är av stort värde för den födande (Bohren et al., 2017; Lunda et al., 2018). Stödpersonen har möjlighet att möta den födandes varierande och ofta mångfasetterade behov av stöd och kan utgöra en positiv kraft i sin förmåga att uppmuntra, bekräfta och vid behov fungera som språkrör för den födande under värkarbetet (Bohren et al., 2017).

Avgörande för den födandes upplevelse av stöd är vilken typ av stöd som erbjuds samt egenskaperna hos den som förmedlar stödet (Lunda et al., 2018). Lunda et al. (2018) har identifierat ett antal centrala dimensioner av stöd under förlossning. Kontinuerlig, fysisk närvaro av en empatisk och dedikerad stödperson framhålls som grundläggande för den födandes förmåga att bibehålla en känsla av trygghet under förlossningsarbetet. Emotionellt stöd, i form av uppmuntrande ord och bekräftelse har befunnits öka den födandes tro på sig själv och sin förmåga till uthållighet medan fysiskt stöd tar sig uttryck genom till exempel massage eller hållandet av en hand. Att få fortlöpande information och råd kring förlossningen och dess progress ges vital betydelse för en positiv upplevelse av förloppet. I situationer då den födande ej förmår tala för sig själv spelar därför stödpersonen också en viktig roll som representant för den födande i kommunikation med vårdgivare. Slutligen fann författarna att det är viktigt att stödpersonen utgörs av någon den födande känner förtroende för. Närvaro av en tillitsfull relation kan öka den födandes självförtroende så väl som underlätta samspelet mellan den födande och stödpersonen.

Världshälsoorganisationen (WHO) ställer sig bakom dessa resultat och menar att förlossningsvårdens kvalitet och utfall kan förbättras om den födande får ha en person hen själv valt och litar på vid sin sida (WHO, 2020). WHO (2020) definierar vårdens kvalitet dels utifrån dess tekniska kompetens (en välfungerade vårdkedja och evidensbaserade kliniska riktlinjer), dels utifrån i vilken utsträckning den förmår verka för att förbättra de födandes upplevelse av vården. WHO (2020) framhåller att födande som får ha en stödperson kontinuerligt närvarande under förlossningens aktiva fas rapporterar minskad förekomst av rädsla och ångest och rekommenderar därför att förlossningskliniker bör uppmuntra och underlätta för medföljande stödpersoner vid förlossning.

Stöd kan ges till den födande av till exempel en doula, partner eller nära vän, så kallat socialt stöd, men evidens finns för att den största förbättringen i hälsa och välbefinnande (mätt i

reducerad maternell och neonatal mortalitet och morbiditet samt ökat psykosocialt välmående) uppnås om vården och stödet ges av en barnmorska (Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; ten HoopeBender et al., 2014; van Lerberghe et al., 2014). Förstföderskor som får kontinuerligt stöd under förlossningens aktiva fas har av Burengen et al. (2022) visat sig i mindre utsträckning använda smärtlindring så som epiduralanestesi och Bohren et al. (2017) konstaterar att kontinuerligt stöd kan öka sannolikheten för en positiv förlossningsupplevelse, minska behovet av smärtlindring, förkorta förlossningens förlopp, öka chansen till spontan vaginal födsel samt minska risken för kejsarsnitt och instrumentell förlossning.

Kvinnocentrerad vård

Kvinnocentrerad vård är ett begrepp som inom forskning använts för att belysa att all mödrahälsovård bör utgå från den unika individens förutsättningar och förväntningar och inte från behov uppställda av barnmorskan eller vårdinrättningen. Konceptet anses utgöra en fundamental filosofisk ansats för barnmorskans vårdutövande (Brady et al., 2019). Det internationella barnmorskeförbundet beskriver elementen i kvinnocentrerad vård i termer av partnerskap, kulturell känslighet och normalitet kring födseln, främjande av egenvård och rätt till självbestämmande (International Confederation of Midwives [ICM], 2017).

Kvinnocentrerad vård innebär således att den födande görs delaktig i sin vård och födandets process och får förutsättningar att göra informerade val under förlossningen (Brady et al., 2019). För att åstadkomma detta är det som barnmorska vitalt att skapa en individanpassad, reciprok vårdrelation med den födande och hens partner. Barnmorskans fysiska närvaro och mentala uppmärksamhet och tillgänglighet utgör grundläggande förutsättningar för etablering av en sådan relation (Berg et al., 2012). Både Berg et al. (2012) och Hauck et al. (2007) har visat att födande som känner sig sedda och bekräftade av barnmorskan upplever högre grad av kontroll under förlossningen och i större utsträckning rapporterar positiva förlossningsupplevelser. Relationen mellan barnmorskan och den födande har även undersökts av Fahy och Parratt (2006) som utvecklat teorin om ett ”födelseterritorium”. Två centrala begrepp i teorin är terräng och jurisdiktion. Terräng syftar på betydelsen av ett individanpassat, fysiskt födelserum där den födande genom rummets utformning och inredning dels ges den nödvändiga praktiska bekvämligheten för förlossningen, dels lugnet och tryggheten att nå integration mellan födandets kroppsliga och mentala processer. Jurisdiktion berättar om rätten att inom denna sfär utöva självbestämmande. Fahy och Parrat (2006) menar att närvaron av dessa komponenter skapar goda förutsättningar för en spontan

födelse. Barnmorskan kan främja det positiva förlossningsförloppet genom att ”vakta” den födandes rum och vårda den födandes upplevelse av trygghet genom att kontinuerligt beakta hens upplevelser och önskningar.

Genom att lära känna den födande, förstå hens behov och lyssna till hens önskemål kan en tillitsfull kontakt skapas (Hauck et al., 2007) som möjliggör för barnmorskan att stärka och ledsaga den födande och på detta sätt bibringa hen en upplevelse av stöd genom hela förlossningsprocessen och ett affirmativt minne av förloppet (Berg et al., 2012; Perriman et al., 2018).

Patientsäkerhet och barnmorskors arbetsmiljö

I rapporten ”Iakttagelser i korthet” (2020) konstaterar Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att hög arbetsbelastning och en diskrepans mellan barnmorskans kompetens och komplexiteten i en aktuell förlossning är faktorer som i upprepade fall bidrar till att något går fel under en förlossning. IVO menar att patientsäkerheten skulle kunna ökas genom anpassning av bemanning och utveckling av arbetssätt som ger personalen förutsättningar att utföra sitt arbete på ett sådant sätt att vårdskador kan undvikas. Hansson et al. (2020) beskriver hur barnmorskor verksamma inom förlossningsvården erfar sin arbetssituation som mycket ansträngd och präglad av brist på organisatoriska resurser. Samma studie har vidare undersökt hur upplevelsen av arbetsmiljön förändrats efter införande av en ”kvinnocentrerad vårdmodell” baserad på kontinuerlig närvaro av barnmorska och fann att ett sådant arbetssätt har potential att stärka barnmorskans professionella roll och yrkesutövande och utöva positiv effekt på arbetet på förlossningsavdelningen. Liknande observationer har gjorts av Hildingsson et al. (2023) som visar på att barnmorskor verksamma inom svensk förlossningsvård idag, i mindre utsträckning än för tio år sedan, erfar sitt professionsutövande som ”barnmorskeorienterat” och i ökad omfattning upplever en brist på vårdresurser för de födande. Författarna konstaterar att ett barnmorskeorienterat förhållningssätt enligt principer om kvinnocentrerad vård är avgörande för att barnmorskor ska uppleva kontroll och bemyndigande i sin yrkespraktik.

Definition ”En födande – en barnmorska”

”En barnmorska – en födande”, på engelska också känt som ”One to One care”, är ett internationellt vedertaget begrepp och koncept inom förlossningsvård. En viss samstämmighet

råder kring betydelsen av ”En barnmorska – en födande” som innebärande att barnmorskan bistår en födande i förlossningsarbete åt gången och därmed kan vara kontinuerligt närvarande hos den födande. Delade meningar råder dock om när i förlossningsförloppet det kontinuerliga stödet ska initieras, vem som är bäst lämpad att ge stödet, vad ”kontinuerligt närvarande” faktiskt innebär sett i relation till tid samt hur denna idé bäst implementeras i den praktiska verksamheten (Sosa et al., 2012).

Svenska Barnmorskeförbundet (2022) har valt att använda sig av ordföljden ”En födande – en barnmorska”. Innebörden är densamma som ”En barnmorska – en födande” men utgår tydligare ordalag från den födandes perspektiv. Svenska Barnmorskeförbundet (2022) definierar ”En födande – en barnmorska” som att den födande, så snart som möjligt efter inträde i förlossningens aktiva fas, eller dessförinnan vid behov, har en namngiven barnmorska tilldelad sig. Barnmorskan bör därefter vara kontinuerligt närvarande hos den födande (det vill säga inte lämna hen ensam under längre stunder) om inte den födande uttryckligen begär annorlunda. Till skillnad från när en barnmorska tar hand om flera födande samtidigt har barnmorskan med detta upplägg endast ansvar för en födande.

Aktiv fas definieras vid spontan start av förlossning som ”regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att modern munnen är öppen minst fem centimeter”. Definitionen är en vägledning och förutsätter individuell bedömning. Progress bör utvärderas genom en helhetsbedömning av den födandes upplevelse avseende värkar, mående och behov samt barnmorskans eller obstetrikerns observationer av förloppet (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG] & Svenska Barnmorskeförbundet, 2021).

Arbetsättet ”En födande – en barnmorska” anses kunna förbättra patientsäkerheten och möjliggöra för barnmorskan att utgå från den teoretiska grundsatsen om kvinnocentrerad vård och genom kontinuerlig närvaro skapa en god relation med den födande och därmed maximera chanserna att kunna ge hen fullvärdigt stöd genom hela förlossningsförloppet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2022). Svenska barnmorskeförbundet (2022) rekommenderar därför att ”En födande – en barnmorska” bör utgöra standardpraxis inom svensk förlossningsvård och enligt Socialstyrelsen (2022) finns hos många av landets förlossningskliniker en strävan att jobba enligt konceptet om än det inte alltid uttalats i dokument och riktlinjer.

Problemformulering

Tidigare forskning har visat på betydelsen av kontinuerligt stöd för såväl förlossningens förlopp och utfall som den födandes upplevelse av förlossningen. Arbetssättet ”En födande – en barnmorska”, utgår från denna evidens och innebär att en barnmorska ansvarar för en födande i aktiv fas av förlossning. Att ha ansvar för en födande anses främja en god och säker förlossningsvård och en del förlossningsavdelningar i Sverige har genomfört förändringar i arbetets organisation i enlighet med detta resonemang. Evidens finns för att ett barnmorskeorienterat arbetssätt har potential att förbättra barnmorskors upplevelser av sin arbetssituation men kunskapen om hur barnmorskor delaktiga i implementering av kontinuerligt stöd under förlossning upplever sin arbetsmiljö och sina förutsättningar att ge vård utifrån arbetssättets evidens är begränsad.

Syfte

Att undersöka hur barnmorskor på en förlossningsavdelning upplever införandet av kontinuerligt barnmorskestöd vid förlossning med fokus på barnmorskans roll och förutsättningar att arbeta utifrån det kontinuerliga stödets evidens.

Metod

Design

Studien antog en kvalitativ metod med fokusgruppsdiskussioner och induktiv analysansats. Den kvalitativa metoden lämpar sig väl då människors subjektiva upplevelser och erfarenheter utgör underlag för forskningen. Den induktiva komponenten innebär att materialet analyserades förutsättningslöst, det vill säga ingen på förhand identifierad teori eller hypotes prövades (Elo & Kyngäs, 2008).

Urval och rekrytering

Informanter rekryterades bland barnmorskorna på ett sjukhus i en storstadsregion i Mellansverige vars förlossningsklinik har ungefär 7000 födslar per år (Socialstyrelsen, 2022). Kliniken valdes som plats för studien då avdelningen sedan hösten 2022 har arbetat aktivt med åtgärder för att främja arbetssättet ”En födande – en barnmorska”. Fokus har lagts på att förbättra kommunikationen mellan förlossningskoordinator och ansvariga barnmorskor och i ökad utsträckning omfördela personal eller födande då belastningen mellan arbetslagen blir

sned. Vidare har försök gjorts att i arbetslagen skilja födande i etablerat värkarbete från de som ej nått denna fas och aktiva diskussioner förs kring arbetskultur och värderingar som bedöms influera arbetet på kliniken. På avdelningen praktiseras så kallad parvård, innebärande att en barnmorska och en undersköterska samarbetar kring vården av en födande/familj.

Anställda med yrkestiteln legitimerad barnmorska, som varit kliniskt verksamma på förlossningsavdelningen under de organisatoriska förändringarnas införande inkluderades i studien. Inga exklusionskriterier valdes. Det kan antas att barnmorskor med olika lång yrkesvana bär med sig skilda erfarenheter av sätt att arbeta och därmed också har olika uppfattningar, förväntningar och behov i sitt professionsutövande. Genom att välja deltagare med varierande erfarenheter ökar potentialen att belysa forskningsfrågan ur fler perspektiv (Graneheim & Lundman, 2004). För möjligheten att utforska fler dimensioner av upplevelser av arbetssättet genomfördes därför rekrytering till två urvalsgrupper. Till den ena gruppen rekryterades barnmorskor med mindre än fem års erfarenhet av förlossningsvård och till den andra gruppen rekryterades barnmorskor med mer än fem års erfarenhet av förlossningsvård. Då tiden för genomförande av studien var begränsad fick författaren, för att påskynda urvalsprocessen, hjälp av klinikens biträdande universitetsbarnmorska att identifiera potentiella informanter då hen hade kännedom om de anställda barnmorskornas antal år av erfarenhet. För att öka den praktiska möjligheten till deltagande i studien identifierades presumtiva deltagare till de olika urvalsgrupperna utifrån sitt arbetsschema. Förmiddagsspass då maximalt antal barnmorskor tillhörande en av de två urvalsgrupperna jobbade utkristalliserades. Dessa barnmorskor fick därefter av författaren en personlig inbjudan, via e-post, till att delta i studien. Med inbjudan följde information om frivillighet samt om studiens syfte och genomförande. Således applicerades ett så kallat bekvämlighetsurval, innebärande att författaren, på bekvämast sätt, rekryterade potentiella informanter genom att hos dem efterfråga intresse av att delta i studien (Polit & Beck, 2018). Endast ett svar erhöles på dessa inbjudningar och misstanke fanns om att den regionkopplade e-post till vilken inbjudningarna skickats inte avläses regelbundet. Biträdande universitetsbarnmorska kompletterade därför e-postinbjudan med en muntlig dito. Universitetsbarnmorskan hade därefter ingen vidare påverkan på urvalet och deltog ej heller i datainsamling eller analys av insamlat material. Totalt tio inbjudningar skickades ut, åtta barnmorskor tackade ja och två barnmorskor tackade nej till att delta i studien.

Datainsamling

Datainsamling genomfördes mellan den 8–9 februari 2023 med hjälp av två semistrukturerade fokusgruppsdiskussioner. Den semistrukturerade ansatsen, som enligt Wibeck (2014) gör sig väl när syftet är att utforska hur människor resonerar kring ett visst ämne, innebär att forskaren utgår från en på förhand sammanställd frågeguide, bestående av ett antal ämnesområden som forskaren önskar täcka i diskussionerna. Flexibilitet finns att vid behov ställa uppföljningsfrågor, så kallade ”probing questions” om deltagarnas svar på huvudfrågorna lämnar utrymme för vidare utveckling av ett resonemang. Deltagarna är också fria att ta upp egna frågor så länge dessa är av relevans för det övergripande ämnet (Wibeck, 2014).

Intervjuerna genomfördes på förlossningsavdelningen under för- och eftermiddagspassens överlappningstid. Fyra informanter deltog vid vardera intervjutillfället. Vid intervjuerna användes en ämnesguide med sex frågor (Bilaga III). Frågorna i intervjuguiden utvecklades med hänsyn till studiens syfte och formulerades så att deltagarna skulle kunna ge så beskrivande och berättande information som möjligt (Wibeck, 2014). För att testa frågeguidens bärighet och relevans för ämnet samt identifiera eventuella utmaningar i fokusgruppernas genomförande rekommenderar Halkier (2010) forskaren att börja med att utföra en pilotfokusgrupp. I förevarande studie fanns ej tillräckligt deltagarunderlag för detta. Frågeguiden testades i stället på två barnmorskor på kliniken som ej skulle delta i studien men som befanns kunna bedöma frågornas kvalitet. Inga revideringar gjordes i frågeguiden efter detta. För att nå det som i kontexten är centralt för deltagarna själva inleddes diskussionstillfällena med en bred, öppen fråga: *”Vad innebär det för er att ge kontinuerligt stöd?”*. Samma frågor ställdes till båda grupperna (Wibeck, 2014). Varje grupp intervjuades vid ett tillfälle och författaren agerade moderator för diskussionerna. Vid en av intervjuerna närvarade också en observatör i form av en annan barnmorska anställd på kliniken som bistod författaren med att vid behov delta i modereringen av diskussionerna (Halkier, 2010). Intervjuerna varade i ungefär 60 minuter. De spelades in med hjälp av en diktafon för att därefter transkriberas ord för ord.

Deltagare

Sammanlagt deltog åtta barnmorskor i två fokusgruppsdiskussioner. I den ena fokusgruppen deltog fyra barnmorskor med 7–31 års erfarenhet av förlossningsvård. I den andra fokusgruppen deltog fyra barnmorskor med 4 månader – 4,5 års erfarenhet av förlossningsvård. Uppgifter om deltagarnas ålder och sysselsättningsgrad bedömdes ej

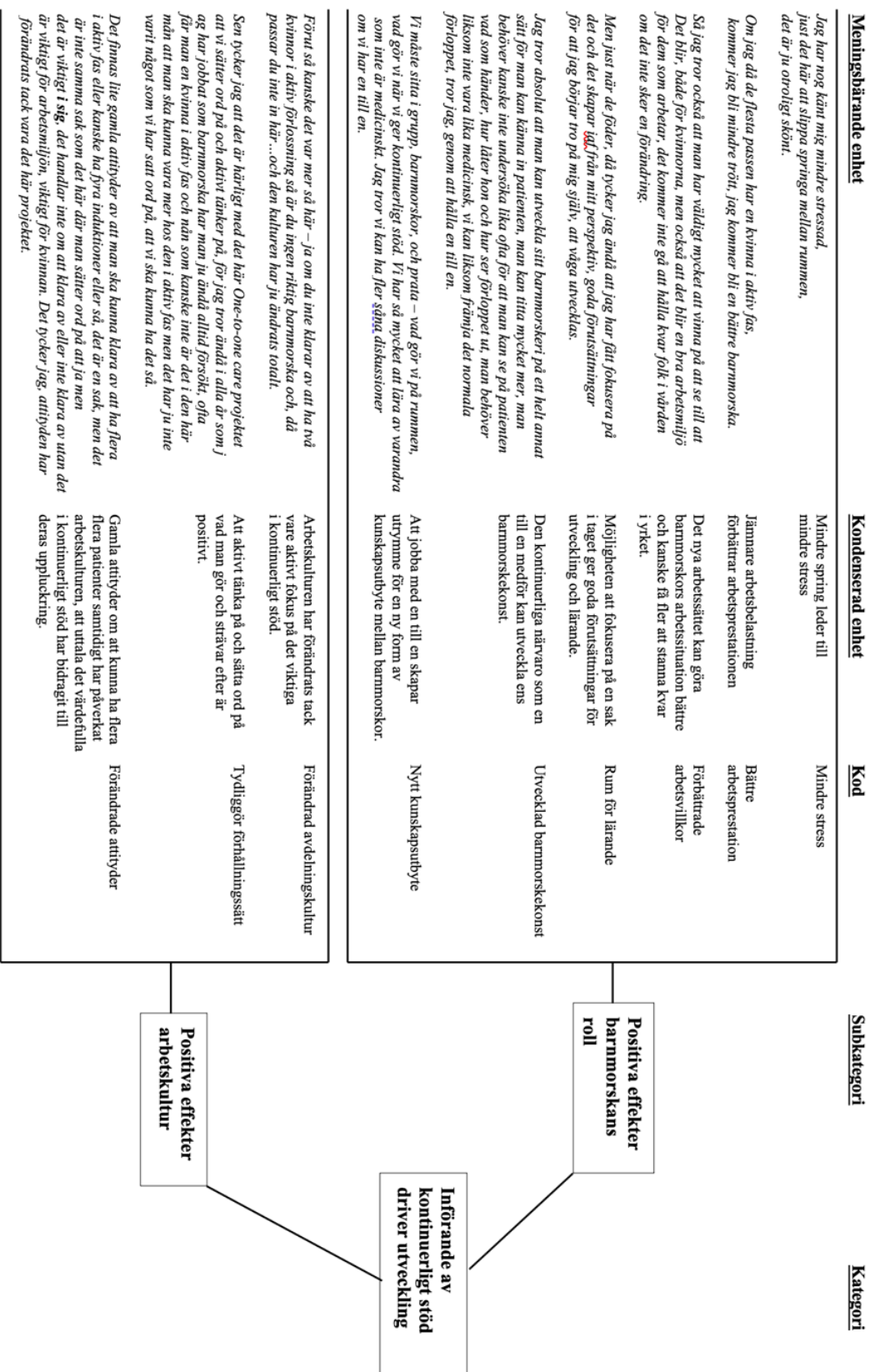
relevanta för att besvara studiens syfte och för att inte riskera deltagarnas anonymitet samlades dessa uppgifter därför ej in.

Tabell I. Demografisk data över deltagarna

Namn <i>Namnen är fingerade</i>	Erfarenhet av förlossningsvård
Eva	2 år
Sara	1 år
Johanna	4 månader
Ida	4,5 år
Maria	31 år
Lisa	25 år
Alva	7 år
Petra	15 år

Dataanalys

Det inspelade ljudmaterialet transkriberades ordagrant och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Författaren ansåg denna metod väl lämpad för studiens syfte då den innebär att forskaren tillåts utgå direkt från insamlade data för att skapa kunskap om och djupare förståelse för fenomenet som studeras (Graneheim & Lundman, 2004). Fokus i analysen låg på såväl det manifesta, textnära innehållet som det latent, syftande på textens underliggande betydelse. De två *analysenheterna*, det vill säga textmaterialet från fokusgruppsdiskussionerna, lästes upprepade gånger till dess att en djupare förståelse för textens innehåll nåtts och *meningsbärande enheter* kunde identifieras. Meningsbärande enheter definieras som ord eller stycken som genom sitt innehåll och sammanhang relaterar till varandra. De meningsbärande enheterna *kondenserades*, en process syftande till att förkorta en text utan att förlora kärnan i innehållet och *abstraherades* sedan genom *kodning* (se figur 1). Koderna jämfördes avseende likheter och skillnader och sorterades in underkategorier och kategorier (se figur 2) som en representation av det manifesta innehållet. Det latent innehåll har i analysen beaktats via noteringar om tonlägen, skratt, intonationer och pauser som nedtecknades i samband med att intervjuerna transkriberades (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorier presenteras och beskrivs i resultatet.



Figur 1. Exempel på analyschema

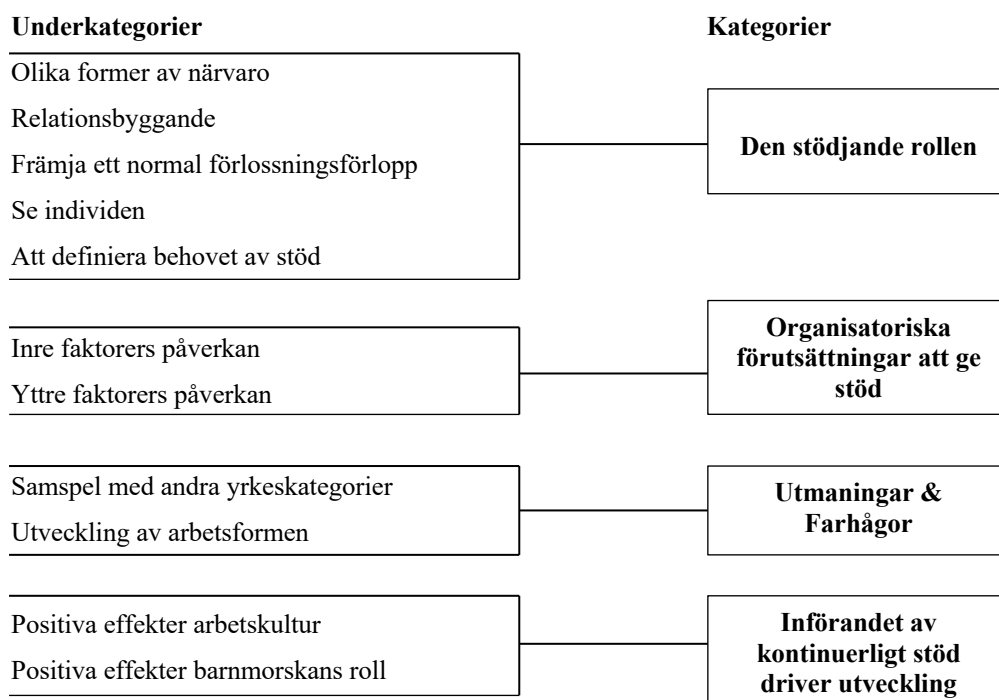
Etiska överväganden

De fyra etiska principerna autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen skall vara vägledande inom omvårdnadsforskning (Mårtensson & Fridlund, 2017). Autonomiprincipen handlar om respekt för personers möjlighet till självbestämmande och i enlighet med denna princip gavs presumtiva informanter muntlig och skriftlig information om studiens syfte och utformning och såväl muntligt som skriftligt samtycke till deltagande i studien inhämtades från samtliga informanter innan studiens initierande. Det framhölls att deltagande i studien var frivilligt och att en deltagare när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att ange anledning därtill. Likaså tillämpade författaren sekretess och tystnadsplikt beträffande informanternas medverkan. Alla deltagare fick innan diskussionstillfällenas början även godkänna ljudinspelning. All forskningsdata, det vill säga muntligt och skriftligt insamlad information, avidentifierades och hanterades konfidentiellt. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och ljudfilerna flyttades sedan via ett USB-minne till en låst dator. Det inspelade materialet raderades efter transkribering. Transkriberingarna förvarades på samma dator, till vilken endast författaren hade åtkomst och raderades efter uppsatsens godkännande. Studien genomfördes utifrån principen om att göra gott, innebärande att forskningen ämnar vara till potentiell nytta för deltagarna och i förlängningen mottagarna av deras omvårdnad, det vill säga de födande. Nyttan innebär att forskningen strävar efter att bidra med ny kunskap för att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Följande principen att inte skada inventerade författaren möjliga risker och obehag med deltagande i studien. I syfte att inte riskera deltagarnas konfidentialitet samlades begränsad persondata in och författaren var beredd på att vid behov avsätta extra tid för att bemöta emotionella reaktioner uppkomna under intervjutillfällena. I enlighet med principen om rättvisa behandlades alla deltagare jämbördigt (Mårtensson & Fridlund, 2017). Insamlade data kommer endast användas för forskningsändamål (Declaration of Helsinki, 2013).

Ansökan om etisk prövning bedömdes ej aktuell då förevarande studie utförts inom ramen för examensarbete på avancerad nivå och därmed ej omfattas av Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003).

Resultat

Efter genomförd analys framkom fyra kategorier och elva underkategorier (se figur 2). Inga tydliga skillnader i resultat framstod i analysen av materialet från de två olika urvalsgrupperna varför underkategorier och kategorier presenteras som talande för de två fokusgrupperna gemensamt.



Figur 2. Översikt av studiens resultat

Den stödjande rollen

Vad innebär det att som barnmorska ge kontinuerligt stöd? I de båda fokusgruppsdiskussionerna lyftes flertalet dimensioner fram. Olika begrepp och liknelser användes för att sätta ord på den mångbottnade, stödjande funktionen men ur de båda gruppernas beskrivningar framträdde ett liknande mönster, oberoende av skillnaderna i deltagarnas år av arbetslivserfarenhet.

Olika former av närvaro

Olika former av närvaro syftar på de olika sätt via vilka stöd kan förmedlas. Deltagarna framhåller den rent fysiska närvaron, att slippa springa mellan rum och patienter utan äga tiden att stanna hos en födande. Den fysiska närvaron inbegriper också en mental komponent,

den stödjande potentialen i att vara fysiskt närvarande uppnås då deltagarna genom vetskapen om att en inga andra patienter har att samtidigt tänka på också tillåts vara mentalt närvarande i rummet.

”Jag är mentalt hos henne, jag behöver inte tänka på någonting annat jag behöver göra utan allt jag behöver göra finns i det rummet, hos den kvinnan.” (Petra)

Deltagarna konstaterar att konstant fysisk närvaro dock inte behöver vara avgörande för förmågan att bibringa den födande en upplevelse av stöd, det viktiga är att vara tillgänglig när den födande och hans partner behöver det.

”Även om du lämnar rummet så ger du ju ändå familjen ett kontinuerligt stöd för du står inte upptagen när de vill att du kommer tillbaka.” (Maria)

Tanken förs fram att om barnmorskan i önskvärd utsträckning gör sig själv både mentalt och fysiskt tillgänglig för den födande/familjen kan hen ge dem förutsättningar att själva orientera sig och skapa en överblick av situationen utan att känna sig ensamma eller lämnade. Ordet flexibilitet kan användas för att sammanfatta deltagarnas syn på vilket förhållningssätt en kan anamma i relation till den stödjande funktionen. Att kunna ge fysiskt stöd genom närvaro på rummet och praktiska åtgärder i avslappnande syfte likväl som förmedla lugn genom att ”bara vara” är för barnmorskorna utmärkande för ett gott stöd.

Relationsbyggande

Samtliga deltagare är överens om att relationsbyggande utgör en vital del i den stödjande rollen som barnmorska. Tid behövs för att lära känna den födande/familjen och etablera en förtroendefull kontakt. Deltagarna beskriver hur vägen till tillit för dem som vårdgivare och därmed trygghet för den födande kan gå via samtalet.

”Vi kan chit-chata om hund, hus, hem, andra barn mellan värkarna för att sen också få förtroendet och får liksom, man kan komma med mycket mer förslag...det känns som att de känner en och de vet att man vill dom väl och då kan det bli bättre.” (Petra)

Mer tid med och för den födande innebär också förbättrade förutsättningar att i ett lugnt skede prata igenom och informera om olika undersökningar, ingrepp och åtgärder som kan tänkas bli aktuella under förlossningen. Intervjupersonerna lyfter även fram hur den

trygghetsgenererande relation som barnmorskan med rätt förutsättningar kan skapa med den födande potentiellt bär förmåga att motverka sekundär förlossningsrädsla.

”Jag jobbade i många år med Aurora förut där omföderskorna kom och man kunde läsa av i journalen att personalen inte haft tid med dem och då kommer de och vill ha kejsarsnitt istället och liksom, för att de vill inte genomgå en jobbig förlossning igen. Många kände sig väldigt lämnade. Så ja, det gynnar kvinnorna det här också, tror jag. De är tryggare, tryggare familjer som går hem från BB.” (Maria)

Främja ett normalt förlossningsförlopp

I båda grupperna belyses hur kontinuerligt stöd och närvaro har potential att bidra till att främja ett normalt förlossningsförlopp. Om barnmorskan har utrymme att vara hos den födande under längre sammanhängande stunder har hen möjlighet att följa förlossningens utveckling, vara förutseende och arbeta för att göra den födande trygg i värbetet genom att till exempel lugna och normalisera födslosmärtan.

”Man kan inte förhindra epiduraler men man kan fördröja epiduralen och kanske ta den i ett senare skede när det faktiskt passar bättre, för man kan vara där och ge stöd och de förstår att det är normalt att ha ont...” (Ida)

Se individen

Att se individen och skapa sig en helhetsbild av den unika situationen sammanfattar deltagarnas bild av hur barnmorskans stödjande roll bäst ageras. Genom att vara kontinuerligt närvarande kan barnmorskan läsa av rummet och uppfatta mer eller mindre uttalade känslolägen och behov. Möjligheterna att identifiera individuella förväntningar och förutsättningar och utefter dessa anpassa sitt arbete och förhållningssätt ökar.

”Ja man fångar upp så himla mycket saker, oskrivna saker, ibland har de ju med sig ett förlossningsbrev men bara att vara där och fånga upp såna här liksom små trådar i rummet...” (Eva)

Att definiera behovet av stöd

Ytterligare en dimension som deltagarna lyfter fram i relation till den stödjande rollen är hur behovet av stöd egentligen bäst bedöms och definieras. Att kontinuerligt stöd av barnmorska

ska vara rådande först när den födande enligt en viss definition nått aktiv fas av förlossning upplevs som utgörande ett många gånger snävt och begränsande sätt att resonera kring kontinuerligt stöd. Deltagarna ger uttryck för att fördelningen av stöd riskerar att bli orättvis om ”aktiv fas” ska utgöra det främsta kriteriet för att få tillgång till kontinuerligt stöd. Informanterna frågar sig om de födande mår bra av att några erbjuds kontinuerligt stöd, och därmed eventuellt en bättre vård, samtidigt som en annan grupp inte får den hjälp de behöver eller skulle vilja ha. Barnmorskorna framhåller att de måste kunna finnas där även för de patienter som inte befinner sig i aktiv fas av förlossning men som likväl har ett behov av stöd. Det ökande antalet gravida vars förlossning induceras tas upp som ett exempel på en växande patientgrupp där behovet av stöd behöver tas i beaktning.

”Jag tänker också, det kommer säkert bli längre vårdtider med induktionerna och de kan ju ibland ha det ganska jobbigt tidigt och det är möjligt att i alla fall dom upplever att de behöver mer stöd än man kanske kan ge då. För det här med när man behöver stöd hänger kanske inte jättemycket ihop med cervix öppningsgrad utan mer hur man upplever att det är.”
(Alva)

Flera deltagare belyser även möjligheten att kontinuerligt stöd i ett tidigare skede av förlossningen kanske också skulle kunna ge en positiv effekt på förloppet i den aktiva fasen.

”Just det här att bedöma när behöver man stöd för ibland kan jag känna att vissa upplever just latensfasen som det jobbiga å just förstföderskor som aldrig har fått känna på hur en värk ska kännas och innan man kommer in i det sen, innan de hittar flytet så blir det ju nästan så att man behöver ge mera stöd i början och det är ju just därför många kommer in tidigt.”
(Eva)

Organisatoriska förutsättningar att ge stöd

Inre och yttre faktorerers påverkan

I båda fokusgrupperna framkom att deltagarnas förutsättningar att under sina arbetspass ge kontinuerligt stöd senaste tiden varit förhållandevis goda. Detta förhållande tillskrevs dock inte i första hand de förändrade arbetssätten. De aktiva åtgärderna för att främja ”En födande – en barnmorska” upplevs ha sammanfallit med en period av färre antal födande och därmed lättare tryck på förlossningsavdelningen och det är i stor utsträckning dessa faktorer

deltagarna tror har gett dem mer tid att upprätthålla kontinuerligt stöd enligt principen en födande i aktiv fas – en barnmorska.

”Om jag ska vara helt ärlig så upplever inte jag att det är helt åtgärderna som har förändrat arbetsmiljön. Jag upplever att det har varit färre födande som, vi har haft ett mindre inflöde av patienter och det har gjort att det blivit en bättre arbetsmiljö.” (Petra)

Organisationens förmåga till flexibilitet i bemanningen utgör för deltagarna ett annat element som har betydelse för uppfyllelsen av ”En födande – en barnmorska”.

”Om det är tanken, att vi ska kunna erbjuda kvinnorna One to One care och ”här jobbar vi enligt det konceptet”, då måste det ju också innebära att man måste planera för det...att man måste vara mer flexibel med hur mycket personal man har. Sen är det ju om organisationen kan svara upp mot det.” (Petra)

Samtidigt konstaterar deltagarna att de dagliga variationer i patientinflöde och arbetsbelastning som uppkommer när verksamheten erbjuder akutsjukvård utgör en oförutsägbart variabel som oundvikligen medför att vissa arbetspass avviker och kommer fortsätta avvika från standardförfarandet.

”Och jag tror aldrig vi kommer komma upp till 100% eller varje dag, hur mycket vi än jobbar och hur mycket personal vi än är för vi kommer ju aldrig kunna styra in och utflödet själva.” (Ida)

Till de organisatoriska faktorernas påverkan på barnmorskornas rådande möjligheter att ge kontinuerligt stöd hör också tillkomsten av konkurrerande arbetsuppgifter. Nyligen uppdaterade riktlinjer för induktion av förlossning har lett till att antalet induktioner på förlossningsavdelningen blivit fler vilket bland annat medfört längre vårdtider och ett ökat behov av att förhålla sig till handläggningen av induktionerna.

”Nu efter vecka 41-induktionerna så blev det plötsligt som att det inte var bra, nu har vi haft, kanske de senaste veckorna väldigt många pass där man kanske inte känner att man har kunnat göra det. Även om man kanske inte har haft två i aktiv fas så har man ändå haft så mycket annat att stå i.” (Petra)

Utmaningar och farhågor

Samspel med andra yrkeskategorier

Deltagarna beskriver fördelar i att arbetet med ”En födande – En barnmorska” kan tänkas öppna upp för en ökad barnmorsketäthet och en positiv utveckling av barnmorskans roll och ansvar. Samtidigt finns det farhågor att fler barnmorskor ska anställas på bekostnad av andra yrkeskategorier, till exempel undersköterskor och avdelningsassistenter. Den parvård som praktiseras på förlossningsavdelningen, det vill säga att en barnmorska och en undersköterska arbetar i lag, upplevs av samtliga deltagare som ett kollegialt givande och organisatoriskt värdefullt sätt att arbeta på. Deltagarna konstaterar att de olika yrkeskategorierna kompletterar varandra väl och uttrycker också en viss oro för att kontinuerligt stöd skulle bli svårare att upprätthålla om barnmorskan också förväntades utföra uppgifter som i nuläget främst faller på undersköterskan, så som att förbereda och servera mat till familjerna etcetera.

”Vi jobbar ju i parvård här och jag tänker att ju mer en till en vi kommer desto mer kommer man minska på undersköterskor och jag tycker att vi kompletterar varandra väldigt bra. Om man tex går själv en dag och man har en patient som har svinont men du har ingen usk, då ska man också finnas till där för alla de här andra grejerna, man ska va där man ska liksom va stödet, man ska hämta saft man ska göra så himla mycket som också tar fokus från det kontinuerliga stödet.” (Ida)

Utveckling av arbetsformen

I fokusgruppsdiskussionerna framkom också vissa frågor och områden som i arbetssättets fortsatta utveckling kan behöva undersökas närmare. Intervjupersonerna konstaterar att även om barnmorskan med arbetssättet ”En födande – En barnmorska” i högre utsträckning självständigt kan vårda en födande/familj kommer det alltid existera tillfällen då fler händer behövs och för detta behöver det finnas beredskap. Att ta hand om en födande i aktiv fas upplevs inte heller nödvändigtvis innebära att du inte tilldelas ytterligare en patient och i de fallen, lyfter deltagarna fram, behövs fortsatt parvården. Att vara två i vården kring en födande innebär en möjlighet att dela upp sig, om barnmorskan har en födande i aktiv fas men samtidigt behöver ta emot en patient för bedömning kan undersköterskan stanna hos den födande och på så vis fortsätta stödet. På samma sätt som deltagarna ovan hörts resonera om hur det kvalitativa stödet ska fördelas mellan olika grupper av födande reflekterar flera av

dem också över hur arbetsfördelningen kan komma att bli mellan de barnmorskor som är ”upptagna” med en födande i aktiv fas och de som inte är det.

”Vad jag förstår är det en kvinna i aktiv fas som man ska ge det där kontinuerliga stödet och det där med att komma in i aktiv fas, det kan ju verkligen ske fort, men ibland långsamt och sådär.. men en farhåga är väl då att de som inte har en kvinna i aktiv fas kommer ju behöva ha väldigt många patienter.. Det har jag tänkt på, tex när man är resurs och att det då kanske blir att man har två induktioner och sen fyra kollar under ett pass och då kan det bli lite rörigt.” (Sara)

Införandet av kontinuerligt stöd driver utveckling

Positiva effekter arbetskultur

I båda fokusgrupperna gav deltagarna uttryck för att det aktiva arbetet med att främja ”En födande – En barnmorska” och belysa värdet av kontinuerligt stöd har hjälpt till att luckra upp gamla attityder på avdelningen. Såväl barnmorskor med lång erfarenhet som de som bara jobbat ett par år beskriver en arbetskultur där förmågan att hålla många bollar i luften har premierats. Att kunna ta hand om två födande samtidigt har tagits som ett kvitto på att ”vara en riktig barnmorska” och flera deltagare belyser hur fokus har lagts på att göra saker så snabbt som möjligt hellre än så bra som möjligt. Deltagarna ser hur detta förhållningssätt utvecklats som följd av att arbetsbelastningen under lång tid legat på en nivå där förmågan att hålla ett högt tempo i arbetet utgjort en konstant för att få ekvationen av arbetsuppgifter att gå ihop men konstaterar att attityderna bidragit till att normalisera en osund arbetsmiljö.

*”Det finns lite gamla attityder av att man ska kunna klara av att ha flera i aktiv fas eller kanske ha fyra induktioner eller så, det är en sak, men det är inte samma sak som det här One-to-One där man sätter ord på att ja men det är viktigt **i sig**, det handlar inte om att klara av eller inte klara av utan det är viktigt för arbetsmiljön, viktigt för kvinnan. Det tycker jag, attityden har förändrats tack vara det här projektet.” (Petra)*

Positiva effekter barnmorskans roll

Att arbeta med kontinuerligt stöd i förhållandet en födande i aktiv fas – en barnmorska, upplevs av deltagarna ha flera positiva effekter på deras yrkesutövande. Samtliga barnmorskor beskriver hur arbetssättet lett till mindre stress och att den jämnare

arbetsbelastningen med utrymme för pauser gör deras allmänna jobbprestation bättre. Deltagarna konstaterar att förändringar av detta slag behövs för att få fler barnmorskor att jobba kvar på förlossningen. I gruppen barnmorskor med kortare erfarenhet av förlossningsvård lyfts också det ökade utrymmet för lärande och professionell utveckling fram.

”Men just när de föder, då tycker jag ändå att jag har fått fokusera på det och det skapar i alla fall från mitt perspektiv, goda förutsättningar för att jag börjar tro på mig själv, att våga utvecklas.” (Sara)

Intervjupersonerna framhåller vidare att sammanhängande närvaro på ett förlossningsrum bär potential att utveckla varje barnmorskas ”konst” då hen genom att se och lyssna till den födande på ett känsligare sätt kan följa förlossningens progress.

När kontinuerligt stöd tillåts inta en fast plats på agendan ser några deltagare också möjlighet till en ny form av kunskapsutbyte präglad av fler dimensioner än de medicinska.

”Vi måste sitta i grupp, barnmorskor, och prata – vad gör vi på rummen, vad gör vi när vi ger kontinuerligt stöd. Vi har så mycket att lära av varandra som inte är medicinskt. Jag tror vi kan ha fler sådana diskussioner om vi har en till en för att vi hinner ge kontinuerligt stöd, för annars vet vi inte vad vi själva gör när vi ger kontinuerligt stöd.” (Ida)

Diskussion

Diskussionen delas upp i två delar, metoddiskussion samt resultatdiskussion. Under metoddiskussion diskuteras studiens metodologiska styrkor och svagheter. I resultatdiskussionen lyfts resultatets huvudfynd fram och diskuteras utifrån studiens syfte och tidigare forskning.

Metoddiskussion

En kvalitativ studiedesign kan diskuteras och bedömas utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Forskaren bör genom hela processen iaktta medvetenhet om faktorer som kan inverka på studiens trovärdighet och kvalitet (Henricson, 2017). Då förevarande studies syfte var att undersöka personers upplevelser valdes en kvalitativ metod med fokusgruppsdiskussioner och induktiv analysansats. Den kvalitativa

metoden lämpar sig väl då människors subjektiva erfarenheter utgör underlag för forskningen. Den induktiva komponenten innebar att materialet analyserades förutsättningslöst, det vill säga utan applikation av en på förhand identifierad teori eller hypotes. Denna ansats är passande då begränsad kunskap finns om fenomenet eller om den kunskap som finns är fragmenterad (Elo & Kyngäs, 2008). Författaren anser att vald metod har varit ändamålsenlig för att besvara studiens syfte.

Urval och rekrytering

Rekryteringsunderlaget begränsades till en specifik förlossningsklinik. Då syftet var att undersöka rådande förhållanden och förutsättningar i just den kontexten anser författaren denna avvägning adekvat. Frågan om studiens överförbarhet, det vill säga i vilken utsträckning resultatet kan överföras till en liknande grupp eller population kan dock diskuteras (Graneheim & Lundman, 2004). Förlossningsavdelningar och barnmorskor som arbetar där skulle kunna sägas utgöra jämförbara verksamheter och sociala grupper. Men en bör beakta att organisation och arbetskultur kan skilja sig åt mellan förlossningskliniker på olika sjukhus varvid resultatet i den aktuella studien ej blir direkt överförbart till andra kontexter.

Studiedeltagare rekryterades genom ett så kallat bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2017). Denna metod valdes på grund av studiens begränsade tillgång till tid. Polit och Beck (2017) lyfter fram bekvämlighetsurvalet som svagt varför detta metodval följaktligen skulle kunna ses som en svaghet med studien. Vid bedömning av trovärdigheten/giltigheten i urvalet bör också den muntliga inbjudan från universitetsbarnmorskan tas upp som en eventuell svaghet. Även om denna inte hade något inflytande över vilka som skulle tillfrågas finns risken att hens roll på kliniken utövade påverkan på de tillfrågades ställningstagande till deltagande (Henricson, 2017).

Alla deltagare uppfyllde studiens inklusionskriterier, det vill säga anställda med yrkestiteln legitimerad barnmorska som varit kliniskt verksamma på förlossningskliniken under införandet av ovan beskrivna arbetsförändringar. Likaså uppnåddes den önskvärda bredden på antal år av erfarenhet (mindre än fem år och mer än fem års erfarenhet av förlossningsvård) i urvalet till de olika fokusgrupperna.

Datainsamling

Trovärdigheten i en studie, det vill säga i vilken utsträckning det valda fenomenet verkligen blivit studerat, är beroende av vilka metoder som använts för att samla in det material som ligger till grund för redovisade resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Läsaren har, med hänsyftning till trovärdigheten, givits en beskrivning av den aktuella kontexten för studien.

Med fokusgruppsdiskussioner som datainsamlingsmetod blir materialet präglad av den sociala interaktionen i gruppen och den enskilde deltagarens förståelse och erfarenheter får i högre utsträckning stå tillbaka (Halkier, 2010). Detta skulle kunna ses som en nackdel med vald metod. Individuella, semistrukturerade intervjuer hade kunnat utgöra en alternativ metod för att nå fram till djupare erfarenheter hos varje deltagare men författaren ansåg ändå valet av fokusgrupper ändamålsenligt för studiens syfte då upplevelserna på gruppnivå, i det här fallet barnmorskorna på en förlossningsavdelning, har stor betydelse för hur en arbetsplats fungerar och utvecklas. Fokusgrupper är bra på att producera data om sociala grupper tolkningar, interaktioner och normer (Halkier, 2010).

Wibeck (2014) konstaterar att en fokusgrupp med fördel kan bestå av 4–6 deltagare. I förvarande studie inkluderades fyra personer i vardera fokusgruppen. Fördelen med mindre grupper är att varje enskild persons utrymme att delta i diskussionen blir större. Detta kan få som effekt att diskussionen blir mer fokuserad och interaktionen mellan deltagarna mer dynamisk än i större grupper där risken finns att ett par deltagare dominerar och styr samtalet på bekostnad av interaktionen mellan samtliga gruppdeltagare. En svaghet i bedömningen av studiens pålitlighet är dock dess relativa grad av datamättnad (Wibeck, 2014). Tid fanns endast till genomförande av två fokusgrupper och dessa innehöll i sin tur ett begränsat antal deltagare. Sett i relation till det sammanlagda antalet barnmorskor på kliniken kan författaren därmed ej utesluta att fler fokusgrupper inte hade kunnat bidra med ytterligare data relevant för besvarande av studiens syfte. Studiedeltagarnas könstillhörighet och biologiska ålder ansågs irrelevant för studiens syfte, varför denna data ej redovisades.

Homogena grupper rekommenderas ofta i litteraturen kring fokusgrupper. Skälen för detta är att deltagare som har liknande erfarenheter, ålder etcetera troligen är mer benägna att utbyta tankar och idéer med varandra. Forskaren behöver också vara vaksam på att inte bygga in hierarkiska skillnader i gruppen (Wibeck, 2014). I detta fall beaktades dessa faktorer genom att indelningen till de två fokusgrupperna gjordes utefter liknande antal år av erfarenhet av

förlossningsvård. Uppdelningen bidrog samtidigt till en variation i urvalet vilket ökar dess trovärdighet och överförbarhet (Henricson, 2017).

Henricson (2017) framför att den som ska utföra en intervju behöver inneha kunskap om det som ska studeras för att kunna utveckla adekvata frågor till intervjutillfällena. Författaren anser sig i egenskap av barnmorskestudent besitta viss förkunskap och förståelse för barnmorskans arbetsförhållanden och yrkesroll och frågeguiden som användes vid fokusgruppsdiskussionernas genomförande uppfattas ha haft hög träffsäkerhet i relation till studiens syfte. Alla frågor uppfattades på överensstämmande sätt av alla informanter och inga missuppfattningar ägde rum under intervjuerna. För att testa frågeguidens bärighet och relevans för ämnet samt identifiera eventuella utmaningar i fokusgruppens genomförande rekommenderar Halkier (2010) forskaren att börja med att utföra en pilotfokusgrupp. I förevarande studie fanns ej tillräckligt deltagarunderlag för detta. Detta kan ses som en svaghet i studiens pålitlighet. Att fokusgruppsdiskussionerna genomfördes på informanternas arbetsplats kan tänkas ha haft en inverkan på materialet som producerades (Henricsson, 2017). Denna avvägning gjordes för att under rådande tidsbrist underlätta deltagande i studien men det är möjligt att intervjupersonerna hade känt sig fria att uttrycka sig på ett annat sätt i en av dem vald, informell miljö.

Vid bedömning av studiens pålitlighet och etiska medvetenhet behöver hänsyn också tas till författarens påverkan i rollen som moderator för diskussionerna. Författaren har under insamling av data varit observant på den potentiella "intervjuareffekten", syftande på risken att informanterna anpassar sina svar efter det de tror att undersökaren vill höra (Kjellström, 2017). Även den vid ett tillfälle närvarande observatören, i form av en annan barnmorska på kliniken, har potentiellt kunnat utgöra en påverkande faktor i fokusgruppsdiskussionernas dynamik. Wibeck (2014) konstaterar en person som passivt deltar i en fokusgrupp i lika hög grad kan inverka på samtalet och samspelet som någon som tar en aktiv plats i diskussionen. Författarens subjektiva bedömning är att observatören i det här fallet utgjordes av en förhållandevis neutral part. Till exempel fanns ingen via arbetsposition inbyggd maktobalans mellan observatören och deltagarna. Observatören bidrog ej med några observationer eller material till underlag för analysen.

Dataanalys

En viktig fråga när en ska diskutera tillförlitligheten av resultat framställda ur kvalitativ innehållsanalys är hur textmaterialet har tolkats. Hur verkligheten, och en text, tolkas är alltid beroende av individens förförståelse. Således kan en text alltid sägas innehålla olika betydelser beroende på vem som läser den och en viss grad av subjektiv tolkning föreligger alltid. Kvalitativ innehållsanalys innebär därför en balansgång. Å ena sidan är det oundvikligt för författaren att inte applicera en viss subjektivitet i tolkningen av texten, å andra sidan måste hen sträva efter att låta texten tala för sig själv och undvika att addera betydelser som inte existerar (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren har som barnmorskestudent gjort en del av sin verksamhetsförlagda utbildning på den förlossningsklinik där studien är utförd och kan således anses bära med sig en särskild förförståelse för den rådande arbetskulturen på kliniken, inklusive en generellt positiv inställning till kontinuerligt stöd som koncept och arbetsform. I avsikt att stärka studiens bekräftelsebarhet har författaren i alla steg av datainsamling och dataanalys vinnlagt sig om att genom kritisk reflektion medvetandegöra sin förförståelse för ämnet och efter bästa förmåga försökt tolka resultatet förutsättningslöst samt applicera transparens i beskrivningen av utförd analys. Enligt ovan resonemang är det dock ändå svårt att utesluta att författarens förförståelse inte haft en inverkan på analysprocessen. Analysprocessen är beskriven i detalj och citat från meningsbärandet enheter finns presenterade i resultatet, något som enligt Graneheim & Lundman (2004) är nödvändigt för att en kvalitativ studie med innehållsanalys ska ha en hög tillförlitlighet och trovärdighet. Korrektheten i transkriberingen av ljudmaterialet från fokusgrupperna har ökat genom ordagrann transkription samt notering av pauser, skratt och intonationer. Att transkriberingen sedan kontrollerats med en ytterligare genomlysning av det inspelade materialet och samtidig genomläsning av transkriberingen stärker studiens pålitlighet.

Författaren utförde förevarande studie utan medförfattare. Detta innebär att data i första hand tolkades och analyserades självständigt av författaren. För att öka trovärdigheten och pålitligheten i resultatet har författarens handledare kontinuerligt granskat analysprocessen och resultaten som genererats. Ytterligare en åtgärd för att stärka tillförlitligheten i studiens resultat hade kunnat bestå i att också informanterna fått läsa och godkänna det transkriberade materialet (Mårtensson & Fridlund, 2017). På grund av studiens tidsbegränsning var detta ej genomförbart. Diskussion och kontroll av arbetets rimlighet har förutom via handledaren också skett fortlöpande med hjälp av kurskamrater vid schemalagda tillfällen för grupphandledning, så kallad *peer debriefing*. Genom kurskamraters/kollegors kritiska

förhållningssätt till analysens förmåga att grunda sig i insamlad data kan grupphandledning enligt Henricson och Lönn (2017) stärka studiens trovärdighet såväl som pålitlighet.

Etik

De etiska övervägningar som gjordes före studiens initierande har kunnat respekteras (Henricson, 2017). I samband med fokusgruppernas genomförande repeterades försäkran om anonymitet och konfidentialitet och forskaren upprepade informationen om studiens bakgrund, syfte och användningsområde samt gav deltagarna möjlighet att ställa frågor om processen. Författaren vinnlade sig också om att i rollen som moderator agera på ett empatiskt, professionellt och inkluderande sätt (Halkier, 2010).

Användandet av begreppet ”Kvinnocentrerad vård”

Begreppet kvinnocentrerad vård har i den aktuella studien valts för att beskriva den ömsesidiga relation, baserad på den individuella födandes förutsättningar och behov, som bör vägleda barnmorskan i vården av den födande (Brady et al., 2019). I fråga om kontinuerligt stöd under förlossning framstår innebörden i ”kvinnocentrerad vård” som ett grundläggande förhållningssätt och teoretisk utgångspunkt. Begreppet används även av Svenska Barnmorskeförbundet (2022) i policydokumentet ”En födande – en barnmorska”. Benämningen ”kvinnocentrerad” kan dock synas exkluderande och det ligger nära till hands att fråga sig om inte begreppet ”personcentrerad vård” vore ett bättre val. ”Personcentrerad vård” är ett tillika vedertaget begrepp inom hälso- och sjukvård som belyser att personer med någon form av ohälsa eller risk för ohälsa inte främst bör betraktas utifrån tillståndet av ohälsa utan att vården bör fokusera på de inneboende resurser varje person har och vad det innebär att vara människa i behov av vård. Vården ska planeras i samförstånd med patienten och vårdrelationen ska bygga på partnerskap mellan patient och vårdgivare (Udo, 2020). ”Kvinnocentrerad vård” och ”personcentrerad vård” förfaller således nära besläktade men ”kvinnocentrerad vård” är det begrepp som (hittills) använts i bland annat forskning för att beskriva de för graviditet och förlossning specifikt rådande vårdförhållandena. För att inte förvränga begreppens användning och betydelse har författaren därför ändå valt att använda benämningen ”kvinnocentrerad vård”.

Resultatdiskussion

Syftet med förevarande studie var att undersöka hur barnmorskor verksamma på en förlossningsavdelning upplever införandet av kontinuerligt barnmorskestöd under förlossning. Resultatet visar att implementering av kontinuerligt stöd under förlossning är en insats som har potential att förbättra barnmorskors upplevelser av sin arbetsmiljö på en förlossningsklinik samt stärka barnmorskans profession och individuella utveckling. Graden till vilken barnmorskor förmår verka utifrån evidensen bakom kontinuerligt stöd är dock beroende av faktorer både inom och utanför verksamhetens kontroll. Nedan diskuteras resultatets huvudfynd i relation till studiens syfte och tidigare forskning.

I syfte att belysa forskningsfrågan ur fler vinklar önskade författaren undersöka om skillnader i upplevelser av kontinuerligt stöd som koncept och vårdprincip förelåg mellan barnmorskor med kortare och längre tids erfarenhet av förlossningsvård. Som illustrerats i studiens resultatdel framträdde inga nämnvärda skillnader i upplevelser och uppfattningar mellan barnmorskorna med mer omfattande erfarenhet av förlossningsvård och de som arbetat kortare tid på förlossningen. En tänkbar förklaring till detta skulle enligt författaren kunna vara att barnmorskorna trots olika grad av yrkeserfarenhet delar en gemensam kunskaps- och värdegrund, utvecklad både genom den professionsbeskrivning och aktuella evidens som barnmorskans arbete förväntas vila på (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018) och genom den på kliniken rådande arbetskulturen.

Den stödjande rollen

Att definiera vad kontinuerligt stöd innebär och hur barnmorskans stödjande roll kan ageras anser författaren utgör en grundsats från vilken vidare resonemang och diskussioner om det kontinuerliga stödets förutsättningar och praktiska implementering kan göras. Deltagarna i studien beskriver en mängd olika dimensioner kopplade till utövandet av kontinuerligt stöd. Den rent fysiska närvaron beskrivs ha en uppenbar plats i stödets verkställande men konstant närvaro upplevs samtidigt inte agera ensam spelare. Den fysiska närvaron behöver kompletteras med mental närvaro för att vara riktigt verkningsfull och kanske är den heller inte alltid önskvärd. Avgörande är att den födande vet att barnmorskan är både fysiskt och mentalt tillgänglig när hen behöver det. Tid att vara närvarande på förlossningsrummet innebär dock att barnmorskan har möjlighet att lära känna den födande, etablera en förtroendefull relation, ge adekvat information och främja ett normalt och positivt

förlossningsförlopp genom att tryggt kunna leda den födande genom värkarbetet. Här kan noteras att barnmorskornas beskrivningar av vad kontinuerligt stöd innefattar i mångt och mycket går i linje med vad tidigare forskning lyft fram om vilka typer av stöd de födande finner värdefullt. Som framgått i studiens bakgrund beskriver till exempel Lunda et al. (2018) hur de födandes upplevelse av förlossningen påverkas inte bara av en kontinuerligt närvarande stödperson som de litar på utan också av att få emotionell uppmuntran och fortlöpande information om förlossningens progress och likt Berg et al. (2012) och Hauck et al. (2007) konstaterar rapporterar födande som känner sig sedda och bekräftade av barnmorskan i större utsträckning positiva förlossningsupplevelser. Att barnmorskornas uppfattningar om vad det innebär att ge stöd i stor utsträckning överensstämmer med vad de födande upplever som vitalt i fråga om stöd anser författaren talar för att samspelet mellan barnmorskorna och de födande är av ”kvinnocentrerad” natur, det vill säga att barnmorskan förmår utgå från den unika situationen och varje födandes individuella förutsättningar och behov (Brady et al., 2019). Tanken som förs fram om att tillgång till gott stöd under en första förlossning potentiellt skulle kunna motverka risken för sekundär förlossningsrädsla kan ställas mot Socialstyrelsens (2022) uppgifter om att planerade kejsarsnitt i dubbelt så hög utsträckning efterfrågas av omfödorskör med negativa upplevelser från sin första förlossning. Med tanke på att evidens finns för att födande som fått kontinuerligt stöd under förlossningen har högre sannolikhet att vara nöjda med förloppet (Bohren et al., 2017) finner författaren skäl att betrakta en fortsatt utveckling av tillgång till kontinuerligt stöd som en faktor bärande möjlighet att i längden minska frekvensen planerade kejsarsnitt på basen av dåliga förlossningsupplevelser.

Två aspekter som påverkar barnmorskornas förutsättningar att ge vård utifrån evidensen kopplad till kontinuerligt stöd är hur behovet av kontinuerligt stöd ska bedömas och när stödet ska initieras. Rådande definitioner utgår från att kontinuerligt stöd bör vara tillgängligt från det att den födande befinner sig i aktiv fas av förlossning (Svenska Barnmorskeförbundet, 2022), en tillämpning som av studiens deltagare stundom uppfattas som för snäv sett i relation till det behov av stöd som kan uttryckas även av patienter som ännu inte befinner sig i aktiv fas. Sosa et al. (2012) konstaterar att det även internationellt råder delade meningar om när i förlossningsförloppet kontinuerligt stöd ska initieras men samtliga förslag utgår från olika definitioner av aktiv fas, i vilken behovet av stöd uppfattas vara som störst. I Svenska Barnmorskeförbundets (2022) förklaring av ”En födande – en barnmorska” framhålls att den födande vid behov bör få kontinuerligt stöd även innan den aktiva fasen men i klinisk

verksamhet där resurser bör fördelas utefter vem som är i störst behov av dem (Hälso- och sjukvårdslag, [HSL], 2017) utgör ”aktiv fas” följaktligen ett rimligt generellt kriterium för när kontinuerligt stöd främst ska erbjudas. Även om detta inte innebär att patienter som faller utanför denna ram helt blir utan barnmorskans stöd och uppmärksamhet, framträder den vårdetiska frågan om hur tid och stöd ska fördelas mellan patientgrupper som en av betydelse i det fortsatta arbetet med implementering av kontinuerligt stöd under förlossning.

Organisatoriska förutsättningar att ge stöd

Av resultatet framkommer att barnmorskorna identifierar organisatoriska faktorer av både inre och yttre karaktär som påverkar deras möjligheter att bibehålla kontinuerligt stöd enligt principen en födande i aktiv fas - en barnmorska. Deltagarna konstaterar att konkurrerande arbetsuppgifter, till exempel de som följer med det ökande antalet inductioner, såväl som oförutsägbara fluktuationer i inflöde och antal födande kan göra det svårt att alltid vidmakthålla en födande i aktiv fas – en barnmorska. Av Socialstyrelsen (2022) tillfrågade verksamhetschefer inom förlossningsvård nationellt görs liknande reflektioner. Flertalet uppger att verksamheten strävar efter att följa principen ”en födande i aktiv fas – en barnmorska” men att arbetssättet kan vara svårt att upprätthålla vid hög belastning på avdelningen och presenterar utmaningar när det kommer till att planera bemanningen då personalbehovet är så varierande. Det slås dock fast att arbetssättet kräver en ökad grundbemanning. Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2022) saknas idag barnmorskor i samtliga 21 regioner. Hur många heltidsarbetande barnmorskor som skulle behövas för att 95% av timmarna ha bemanning för ”en födande i aktiv fas – en barnmorska” är enligt Socialstyrelsen (2022) svårt att uppskatta då mer tillförlitlig statistik först behövs över hur många barnmorskor som redan arbetar vid svenska förlossningskliniker samt hur stor del av dessa barnmorskors arbete som utgörs av vård av födande i aktiv fas.

Deltagarna i den aktuella studien konstaterar att organisationen behöver bidra med ”luft i systemet” och flexibilitet i bemanningsfrågan för att arbetssättet ska gå att implementera men uttrycker samtidigt förståelse för att hundra procentig efterföljelse kanske inte är möjlig oavsett ansträngningar.

Författaren gör av detta resonemang tolkningen att barnmorskor som i sin kliniska vardag förväntas arbeta utifrån konceptet ”kontinuerligt stöd till en födande i aktiv fas”, hos verksamhetens ledning efterfrågar en förmåga att anpassa bemanningen för att få arbetssättet att fungera som det är tänkt. Samtidigt verkar barnmorskorna, om grundförutsättningarna för

att följa arbetssättet ges, kunna förhålla sig flexibla till situationen när oförutsedda toppar i patientinflöde kräver avsteg från principen. Ovan noterades också att projektets införande upplevs ha sammanfallit med en lugnare period avseende patientflöde, något som deltagarna anser ha bidragit till att de i förhållandevis hög utsträckning lyckats hålla ”en-till-en”.

Hansson et al. (2020) har visat att även om fokus på ett barnmorskeorienterat arbetssätt kan ge positiva effekter på barnmorskornas upplevelser av sin arbetsmiljö och professionella roll så saknar arbetssättet i sig förmåga att påverka en ansträngd arbetssituation. Likt den aktuella studiens deltagare också konstaterar minskar deras förmåga att följa konceptet i takt med att den sammantagna arbetsbelastningen ökar. Detta förhållande anser författaren talar för att en förlossningskliniks ledning inte bara behöver arbeta med kvalitativa åtgärder (ett barnmorskeorienterat, kvinnocentrerat arbetssätt) för att förbättra barnmorskors arbetssituation, utan också behöver behandla de kvantitativa faktorer (planering för fluktuationer i patientflöde etcetera) som adderar till den totala summan av belastningselement som påverkar barnmorskornas arbetsmiljö.

Utmaningar och farhågor

Att samarbetet mellan barnmorskan och undersköterskan ska äventyras som följd av utvecklingen av ”En födande – en barnmorska” i verksamheten är något resultatet visar oroar barnmorskorna. Det konstateras att de två yrkesgrupperna kompletterar varandra väl och att det ofta uppstår situationer då både barnmorskan och undersköterskan behövs i vården av en eller flera födande. Motsvarande tendenser har setts hos Hansson et al. (2020). Även om barnmorskor uppskattar en arbetsmodell som tillåter dem att i högre utsträckning utgå från och använda sig av sin unika kompetens i form av ”experter” på det normala födandet önskar de fortsatt undersköterskans stöd i vården och ser inga fördelar med en polarisering av arbetsförhållanden dem emellan. En studie av Lundgren et al. (2020) som undersökt både barnmorskors, obstetrikers och undersköterskor uppfattningar av implementeringen av en barnmorskeorienterad arbetsmodell visade att undersköterskor dels inte nödvändigtvis såg några tydliga poänger med arbetssättet, dels upplevde att deras åsikter och arbetsfunktion inte bekräftades i förhållande till arbetsmodellens utformning.

Vad undersköterskorna i den aktuella kontexten själva har för tankar kring sin nuvarande och framtida roll i arbetssättet framgår ej av det insamlade materialet. Sammantaget, anser författaren, talar dock resultatet i kombination med tidigare forskning för att ett behov troligtvis föreligger av att i den fortsatta utvecklingen av arbetssättet tydliggöra roll- och resursfördelningen i ”En födande – en barnmorska”, i den aktuella kontexten framför allt men

potentiellt också i andra verksamheter som arbetar med konceptet. Detta skulle till exempel kunna ske genom reflektions- och diskussionstillfällen där samtliga i arbetssättet delaktiga yrkeskategorier deltar (Lundgren et al., 2020).

Införandet av kontinuerligt stöd driver utveckling

Tidigare forskning (Borritz et al., 2006; Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson et al., 2013), från bland annat Irland, Norge och Sverige har visat att barnmorskor som arbetar på en förlossningsavdelning löper hög risk för utbrändhet och i stor utsträckning upplever sin arbetssituation som stressfylld och överbelastad. Liknande röster hörs i en kvalitativ studie utförd i Australien där barnmorskor beskriver hur de överväger att lämna yrket till följd av outhärdliga nivåer av arbetsrelaterad stress (Geraghty et al., 2019). Även i förevarande studie framträder en arbetsmiljö som länge varit stressbetonad och resultatet visar att deltagarna ser behov av förändringar i arbetsmiljön för att få barnmorskor att stanna kvar. Enligt Zhang et al. (2015) kan en bidragande faktor till detta förhållande vara att barnmorskans professionella identitet är starkt präglad av motsättningen mellan att verka i den medicinskt styrda modell som oftast opereras i sjukhusmiljöer och den för barnmorskeprofessionen inneboende grundsatsen att lyssna till den födande och främja det naturliga och normala i födandet. Dissonansen som uppstår mellan dessa båda förhållningssätt kan bidra till att arbetet på en sjukhusbunden förlossningsklinik kan upplevas utmanande för barnmorskor. I en utvärdering av en barnmorskeledd kontinuitetsmodell av vård fann man att ett sådant arbetssätt kan öka barnmorskors tillfredsställelse med arbetet och minska risken för utbrändhet (Homer, 2016), men få barnmorskor idag arbetar i en sådan modell. Hälso- och sjukvården utgår i stor utsträckning från ett risk-centrerat perspektiv och detta förhållningssätt är rådande även på de flesta sjukhusbaserade förlossningskliniker, ett förhållande som gör interventioner vanligare även vid normala förlossningar och riskerar att hämma en kvinnocentrerad vård (Hansson et al., 2020). Hansson et al. (2020) konstaterar att kvinnocentrerad vård med fokus på relationen mellan barnmorskan och den födande utgör en viktig del i barnmorskans professionella roll. Att betrakta varje förlossning utifrån den unika födande och inte från medicinska parametrar och riskkalkyler uppställda av verksamheten kan, utöver att stärka den födandes självförtroende och känsla av delaktighet, också öka barnmorskans upplevelse av autonomi i sitt yrkesutövande (Hansson et al., 2020). Resultatet i förevarande studie bekräftar dessa belägg då deltagarna beskriver hur de genom att ges möjligheten att vara kontinuerligt närvarande hos en födande får chans att utveckla sin ”barnmorskekonst” och professionella kompetens och därmed stärks i sin yrkesroll. I förlängningen ser barnmorskorna i den aktuella

studien också hur praktiserande av kontinuerligt stöd kan öppna dörrarna till en ny typ av kunskapsutbyte mellan barnmorskor. Att dela med sig av erfarenheter och diskutera vad barnmorskan gör när hen ger kontinuerligt stöd skulle kunna tänkas bidra till att motverka den diskrepans barnmorskor kan känna mellan behovet av att verka utifrån medicinska riktlinjer och önskan att förhålla sig ”nära” den födande (Zhang et al., 2015). Ett dylikt kunskapsutbyte skulle också kunna bidra till att utveckla och tydliggöra den enligt Sosa et al. (2012) idag något inkonklusiva internationella förståelsen för vad ”en till en” och kontinuerligt stöd faktiskt innebär och hur det bäst implementeras i praktisk verksamhet. Hansson et al. (2020) har visat att en barnmorskeorienterad, kvinnocentrerad typ av vård, likt det förhållningssätt som uttrycks i ”En födande – en barnmorska”, kan öka förlossningsbarnmorskors jobbrelaterade tillfredsställelse och därmed också utgöra ett kostnadseffektivt arbetssätt i betydelsen att en högre grad av välbefinnande på arbetsplatsen ökar sannolikheten att barnmorskor stannar kvar i tjänst på avdelningen. Utifrån resultatet anser författaren att detta är en aspekt som bör beaktas i den aktuella kontexten såväl som i förlossningsvården nationellt i det fortsatta arbetet med ”En födande – en barnmorska”.

En väg framåt

I arbetets introduktion frågade sig författaren vilka möjligheter vi har att införliva och realisera det kontinuerliga stödet i dagens svenska förlossningsvård. Goda, är svaret om vi ser till vad förevarande studie visat att de födande och deras barnmorskor anser i frågan. Såväl barnmorskor (Homer, 2016; Hildingsson et al., 2023) som gravida/födande (Sandall et al., 2016; Lunda et al, 2018; Bohren et al, 2017) verkar må bättre i sina respektive roller om de ges chans att ge och motta individanpassad, kontinuitetsbaserad vård och resultatet av den aktuella studien förstärker ytterligare den bilden. Så varför utgör inte barnmorskeorienterade, kontinuitetsbaserade arbetssätt sedan länge standardmodell, inte bara inom förlossningsvård utan också ante- och postnatal vård? I till exempel Australien finns en nationell rekommendation om att vård under graviditet, förlossning och eftervård bör baseras på barnmorskekontinuitet men flera barriärer mot uppfyllelse av denna ambition existerar (Cummins et al., 2022). Även här rör det sig om en brist på barnmorskor (Dawson et al., 2016) men också om en motvilja hos barnmorskorna att arbeta i en sådan modell. En studie utförd i England (Taylor et al., 2019) har visat att barnmorskans tillgänglighet för den födande under både graviditet, förlossning och eftervård förutsätter en social flexibilitet som kan vara utmanande att kombinera med ett fungerande privatliv, resultat som även ses i Australien hos Newton et al. (2016), och många barnmorskor vill inte heller jobba med samtliga delar av

vårdkedjan. Paralleller kan dras till det ovan nämnda, svenska projektet ”Min barnmorska” som efter införlivning i den ordinarie förlossningsvården hotas då barnmorskorna, i den uppdaterade varianten av projektet, förlorat den alternativa arbetstidsmodell som möjliggjort för dem att genom jour- och beredskapstid bevara kontinuiteten för de födande (Brising, 2023). Cummins et al. (2022) föreslår en gyllene medelväg mot det slutgiltiga målet – kontinuitet i två steg. Låt tills vidare förlossningsvården utgöra ett separat vårdtillfälle men lägg ökat fokus på barnmorskekontinuitet under graviditet och första tiden efter förlossning. Övergripande politiska och ekonomiska faktorerers inverkan på mödra- och förlossningsvårdens nuvarande och framtida organisation och utformning är områden som förevarande studies författare varken har utrymme eller kompetens att diskutera men klart är att ”En födande – en barnmorska” kan utgöra förlossningsvårdens svar och lösning på hur de positiva effekterna av kontinuerligt barnmorskestöd kan införlivas under den del av havandeskapet som utgörs av själva födseln (Svenska Barnmorskeförbundet, 2022).

Slutsats

Barnmorskor som arbetar på en förlossningsavdelning beskriver sin stödjande funktion som ett samspel mellan fysisk och mental närvaro och tillgänglighet, flexibilitet och en förmåga att se och utgå från varje unik födande. Att aktivt sätta ord på betydelsen av kontinuerligt stöd och på arbetsplatsen ta organisatoriska steg och mått i syfte att möjliggöra för barnmorskor att ge kontinuerligt stöd till en födande i aktiv fas av förlossning upplevs av barnmorskorna som bärande kapacitet att generera en mindre stressbetonad arbetsmiljö och utveckla såväl barnmorskans professionella roll och kompetens som värderingar och kultur på avdelningen. För barnmorskorna är det dock viktigt att samspelet och utbytet med andra yrkeskategorier inte hotas och i det fortsatta arbetet med kontinuerligt stöd under förlossning behövs fortlöpande diskussioner om hur resurser och stöd ska fördelas mellan födande i aktiv fas och de patienter som ännu ej nått aktiv fas men likväl uttrycker behov av stöd. Examensarbetet har i enlighet med sitt syfte bidragit till att fördjupa förståelsen för kliniskt verksamma barnmorskors upplevelser av att implementera kontinuerligt stöd under förlossning och visat på områden för fortsatt utveckling.

Kliniska implikationer

Resultatet från förevarande studie har potential att ligga till grund för utvärdering av arbetssätt och fortsatt kvalitetsutveckling av vården för de födande och barnmorskornas arbetssituation i den kontext där studien är genomförd. Eventuellt skulle studiens fynd också kunna användas som referens i motsvarande verksamheter där projekt med utgångspunkt i kontinuerligt stöd av barnmorska under förlossning pågår eller planeras.

Förslag för framtida forskning

Då den aktuella studien genomförts på ett begränsat deltagarunderlag i en specifik kontext skulle fortsatta studier på ämnet med fördel kunna utföras med fler deltagare i olika verksamheter som implementerat arbetssättet för att på så sätt jämföra definitioner och tillvägagångssätt och därmed bredda förståelsen för ämnet.

Referenser

1177. (22 oktober 2019). *Så går det till på BB och förlossningsavdelningen*.

<https://www.1177.se/Uppsala-lan/barn--gravid/forlossning/pa-forlossningen-och-bb/pa-forlossningsavdelningen/>

1177. (16 november 2020). *Planerad hemförlossning*. <https://www.1177.se/Uppsala-lan/barn--gravid/forlossning/olika-satt-att-foda-barn/planerad-hemforlossning/>

Berg, M., Olafsdottir, O.A., & Lundgren I. (2012). A midwifery model of womancentred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.srhc.2012.03.001>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J. B., Villadsen, E., Mikkelsen, O. A., & Kristensen, T. S. (2006). Burnout among employees in human service work: Design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 49–58. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/140349405>

Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019). Womancentred care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107–119. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>

Brising, E. (27 januari 2023). *Barnmorskor rasar mot nytt schema för Min barnmorska*. Vårdfokus. <https://www.vardfokus.se/nyheter/barnmorskor-rasar-mot-nytt-schema-for-min-barnmorska/>

Buerengen, T., Bernitz, S., Oian, P., & Dalbye, R. (2022). Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: A cohort of nulliparous women. *Midwifery*, 110. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2022.103341>

- Cummins, A., Griew, K., Devonport, C., Ebbett, W., Catling, C., & Baird, K. (2022). Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care Framework. *Women and Birth*, 35(1), 59-69. <https://www-doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2021.03.006>
- Dagens Medicin. (14 april 2004). *Större risk för att barn dör vid alternativ födsel*. <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/nyheter/storre-risk-for-att-barn-dor-vid-alternativ-fodsel/>
- Dawson, K., McLachlan, H., Newton, M., & Forster, D. (2016). Implementing caseload midwifery: Exploring the views of maternity managers in Australia – A national cross-sectional survey. *Women Birth*, 29(3), 214-222. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2015.10.010>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fahy, K.M., & Parratt, J.A. (2006). Birth Territory: a theory for midwifery practice. *Women and Birth*, 19(2), 45-50. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2006.05.001>
- Geraghty, S., Speelman, C., & Bayes, S. (2019). Fighting a losing battle: Midwives experiences of workplace stress. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(3), e297–e306. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2018.07.012>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Liber.
- Hansson, M., Lundgren, I., Dencker, A., Taft, C., & Hensing, G. (2020). Work situation and professional role for midwives at a labour ward, pre and post the introduction of a midwifery model of care – A mixed Method study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 15(1), Artikel 1848025. 10.1080/17482631.2020.1848025

Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235–247. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2006.02.002>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 411–420). Studentlitteratur.

Henricson, M., & Lönn, A. (2017).Handledningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 459–473). Studentlitteratur.

Henriksen, L., & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9(10), 42–47. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001>

Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 87–91. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.07.001>

Hildingsson, I., & Fahlbeck, H., & Larsson, B., & Johansson, M. (2023). How midwives' perceptions of work empowerment have changed over time: A Swedish comparative study. *Midwifery*, 118, Artikel 103599. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103599>

Homer, C. S. E., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., ten Hoope Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M., & Bartlett, L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*, 384(9948), 1146–1157. 10.1016/S0140-6736(14)60790-X

Homer, C. S. (2016). Models of maternity care: Evidence for midwifery continuity of care. *Medical Journal of Australia*, 205(8), 370–374. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.5694/mja16.00844>

Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261–272. 10.1016/j.midw.2003.12.004

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Inspektionen för Vård och Omsorg. (2020). *Iakttagelser i korthet*.

https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelseblad-forlossning-ivo_anc.pdf

International Confederation of Midwives. (2017). *Core document. Definition of Midwifery*.

https://internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_midwifery.pdf

Karolinska Universitetssjukhuset. (27 januari 2023). *Min Barnmorska – sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam*. <https://www.karolinska.se/minbarnmorska>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Studentlitteratur.

Klepke, M. (21 oktober 2015). *Äntligen stängs Södra BB*. Arbetet.

<https://arbetet.se/2015/10/21/antligen-stangs-sodra-bb/>

Larsson, M. (2022). *Kläda blodig skjorta. Svenskt barnafödande under 150 år*. Natur & Kultur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lunda, P., Minnie, C., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a metasynthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(167).

10.1186/s12884-018-1755-8

Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2020). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour

ward. *Women and Birth*, 33(1), 60–69. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2019.01.004>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–436). Studentlitteratur.

Newton, M.S., McLachlan, H.L., Forster, D.A., & Willis, K.F. (2016). Understanding the work of caseload midwives: A mixed-methods exploration of two caseload midwifery models in Victoria, Australia. *Women and Birth*, 29(3), 223–233. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2015.10.011>

Pereda-Goikoetxea, B., Marin-Fernandez, B., Liceaga-Otazu, N.E., & Elorza-Puyadena, M.I. (2019). A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs. *Midwifery*, 74, 91–98. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2019.03.018>

Perriman, N., Davis, D.L., & Ferguson, S. (2018). What women value in midwifery continuity of care model: A systematic review with metasynthesis. *Midwifery*, 62, 220–229. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2018.04.011>

Polit, D. F., & Beck, C. H. (2018). *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice* (9 uppl.). Wolters Kluwer Health

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. uppl.) Wolters Kluwer Health

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. 10.1016/S0140-6736(14)60789-3

Rossi, C. A., & Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital birth in women at low-risk pregnancy: A systematic review with metaanalysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 222, 102–108. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-366. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2005.11.004>

Socialstyrelsen. (2022). *Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys*. (Artikelnummer 2022-11-8245). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8245.pdf>

Sosa, G., Crozier, K., & Robinson, J. (2012). What is meant by one-to-one support in labour: Analysing the concept. *Midwifery*, 28(4), 451-457. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2011.07.001>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2019). *Policydokument Vårdformer*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/01/Policydokument-Vardformer-2019-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2022). *Policydokument En födande – en barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2022/04/Policydokument-En-fodande--en-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-april-2022.pdf>

Svensk Förening för Gynekologi och Obstetrik & Svenska Barnmorskeförbundet. (2021). *Nationell definition av aktiv fas vid spontan förlossning*. https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/06/Nationell.Def_.Aktivfas.SBF_.SFOG_.pdf

Taylor, B., Cross-Sudworth, F., Goodwin, L., Kenyon, S., & MacArthur, C. (2019). Midwives' perspectives of continuity based working in the UK: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 75, 127-137. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2019.05.005>

ten HoopeBender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S. E., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J., & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226–1235. 10.1016/S0140-6736(14)60930-2

Udo, C. (9 januari 2020). *Personcentrerad vård*. Vårdhandboken. <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

Van Lerberghe, W., Matthews, Z., Achadi, E., Ancona, C., Campbell, J., Channon, A., de Bernis, L., De Brouwere, V., Fauveau, V., Fogstad, H., Koblinsky, M., Liljestrand, J., Mechbal, A., Murray, S. F., Rathavay, T., Rehr, H., Richard, F., ten HoopeBender, P., & Turkmani, S. (2014). Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*, 384(9949), 1215–1225. 10.1016/S0140-6736(14)60919-3

Vårdförbundet. (27 juni 2022). *Projektet "Min barnmorska" förlängs – Vårdförbundet och arbetsgivaren har tecknat lokalt kollektivavtal*. <https://www.vardforbundet.se/sidor-for/barnmorska/caseload/>

Waldenström, U. (1993). *Föda barn på ABC – Barnmorskors upplevelser av ett annorlunda arbetssätt* (FOU Rapport 39). Studentlitteratur.

Waltraut, M.M., Tascon-Padron, L., Puth, M-T., Heep, A., Tietjen, S.L., Schmid, M., & Gembruch, U. (2020). Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). 10.1186/s12884-020-02962-4

Wibeck, V. (2014). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193–214). Studentlitteratur.

WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2013). World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization. Human Reproductive Programme. (2020). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care*. (WHO/SRH/20.13).

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334151/WHO-SRH-20.13-eng.pdf>

Zhang, J., Haycock-Stuart, E., Mander, R., & Hamilton, L. (2015). Navigating the self in maternity care: How Chinese midwives work on their professional identity in hospital setting. *Midwifery*, 31(3), 388–394. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2014.11.013>

Bilaga 1.

Intervjuguide

Vad innebär det för er att ge ”kontinuerligt stöd”?

Dvs. vilka dimensioner inbegriper det. Vad ”gör” en?

Hur skulle ni beskriva era rådande förutsättningar att ge kontinuerligt stöd?

Har er arbetsmiljö förändrats sedan åtgärderna för att främja ”En födande – en barnmorska” infördes?

I sådant fall hur?

Vilka fördelar ser ni med ett arbetssätt baserat på kontinuerligt stöd av barnmorska?

Dvs. en födande i aktiv fas – en barnmorska.

T.ex. för er som barnmorskor och/eller för verksamheten.

Vilka nackdelar ser ni med ett arbetssätt baserat på kontinuerligt stöd av barnmorska?

Vilka hinder ser ni för uppfyllandet av ”En födande i aktiv fas – en barnmorska” i er verksamhet?

Bilaga II.

Information till deltagare

Till möjliga deltagare - information om studien

”Barnmorskors upplevelser av att ge kontinuerligt stöd enligt konceptet ”En födande – en barnmorska”

Undertecknad studerar på barnmorskeprogrammet vid Karolinska Institutet. Denna termin skriver vi vår magisteruppsats och därför söker jag nu deltagare att intervjuas inom ramen för min studie.

Bakgrund och syfte

Mot bakgrund av Svenska Barnmorskeförbundets rekommendationer initierades, hösten 2022 ett antal åtgärder för att främja arbetssättet ”En födande – en barnmorska” på er klinik.

Arbetssättet syftar till att möjliggöra för barnmorskan att ge kontinuerligt stöd till den födande genom att endast ansvara för en födande i aktiv fas. Kontinuerligt stöd under förlossningens aktiva fas har i tidigare forskning visat sig reducera onödiga ingrepp, förkorta förlossningsförloppet och öka sannolikheten för en positiv förlossningsupplevelse för den födande. Vidare är förhoppningen att arbetssättet ska förbättra barnmorskors arbetsmiljö samt främja patientsäkerheten. Vi vet dock inte så mycket om hur barnmorskor som varit delaktiga i införandet av dessa organisatoriska förändringar upplever sin arbetssituation.

Syftet med studien är att bidra med fördjupad förståelse för hur barnmorskor som arbetar på förlossningen upplever sin arbetsmiljö och sina förutsättningar att ge kontinuerligt stöd enligt evidensen och grundprinciperna bakom arbetssättet ”En födande – en barnmorska” i den givna kontexten. För att ytterligare bredda förståelsen för barnmorskors upplevelser av detta arbetssätt kommer två grupper av barnmorskor med olika lång erfarenhet av förlossningsvård att intervjuas. Resultatet av studien kan användas som underlag för fortsatt kvalitetsutveckling.

Vad innebär studien för dig och vad händer med dina uppgifter?

Om du väljer att delta, innebär din medverkan att du är med i en fokusgrupp, en slags gruppintervju med diskussion, tillsammans med 3–4 andra barnmorskor. Intervjun tar cirka 1–1,5 h och genomförs på förlossningen i överlappningstiden. Alla deltagare är anonyma. Inga uppgifter om namn eller personnummer kommer att lagras. Begränsade bakgrundsdata i form av antal yrkesverksamma år inom förlossningsvård kommer att samlas in.

Intervjuerna spelas in. Det inspelade materialet raderas direkt efter transkribering.

Intervjumaterialet förvaras inlåst så att det inte kan läsas av obehöriga och det behandlas med sedvanlig konfidentialitet under hela processen. Endast jag som författare och min handledare har tillgång till materialet. Det är jag som genomför intervjuerna, renskriver allt och genomför alla analyser. Som deltagare har du även rätt att ta del av resultatet (min uppsats) efteråt, om du vill.

Deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange orsak.

Vill du delta?

För att säkerställa att samtycke till deltagande inhämtats ombeds du vid intervjutillfället att fylla i nedanstående formulär om samtycke till medverkan.

Du får gärna kontakta mig om du behöver ytterligare information eller om du har frågor om studien.

Tack på förhand för ditt deltagande!

Vänligen
Emma Ocklind
Barnmorskestudent, Karolinska Institutet
Telefon: 0704802515
E-post: emma.ocklind@stud.ki.se

Samtycke till att medverka i ovanstående studie

Härmed samtycker jag till att medverka i ovanstående studie. Jag har fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att behöva ange någon speciell orsak.

Ort/datum:	
Namnteckning:	
Namnförtydligande:	

Bilaga III.

Blankett för verksamhetschefens godkännande

Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Undertecknad är barnmorskestudent på Karolinska Institutet. Denna termin skriver jag min magisteruppsats och avsikten är att utföra examensarbetet i samarbete med er klinik. Jag söker därför nu ert tillstånd att vid två tillfällen genomföra fokusgruppintervjuer med barnmorskor på förlossningen.

Studiens bakgrund, syfte och genomförande

Hösten 2022 initierades ett antal åtgärder för att främja arbetssättet/konceptet ”En födande – en barnmorska” på förlossningen på Södersjukhuset. Arbetssättet syftar till att möjliggöra för barnmorskan att ge kontinuerligt stöd till den födande genom att endast ansvara för en födande i aktiv fas åt gången. Kontinuerligt stöd under förlossningens aktiva fas har i tidigare forskning visat sig reducera onödiga ingrepp, förkorta förlossningsförloppet och öka sannolikheten för en positiv förlossningsupplevelse för den födande. Vidare är förhoppningen att arbetssättet ska förbättra barnmorskors arbetsmiljö samt främja patientsäkerheten. *Syftet* med den aktuella studien är att skapa fördjupad förståelse för hur barnmorskor som deltagit i förändringsarbetet på förlossningen upplever dess implementering och verkan samt sina förutsättningar att ge kontinuerligt stöd enligt evidensen och grundprinciperna bakom arbetssättet ”En födande – en barnmorska”. Förhoppningsvis kan resultatet bidra med underlag för fortsatt kvalitetsutveckling.

Studien genomförs med hjälp av fokusgrupper bestående av barnmorskor med olika lång erfarenhet av förlossningsvård. Potentiella deltagare har identifierats och intervjuerna planeras att utföras av undertecknad onsdag 8/2 och torsdag 9/2. Intervjuerna sker på förlossningen i överlappningstiden och beräknad tidsåtgång är ungefär 60 minuter per intervjutillfälle. Deltagarna har informerats muntligt och skriftligt om syftet med examensarbetet och hur intervjuerna kommer genomföras. Intervjuerna kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant. Allt material kommer att avidentifieras, och både det inspelade och skriftliga materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Intervjuerna är helt frivilliga och deltagarna kan när som helst avbryta sin medverkan utan vidare förklaring. Min handledare i examensarbetet heter Marie Klingberg-Allvin, barnmorska och professor i reproduktiv medicin på KI. Hon bor i Canada men kan vid behov kontaktas på marie.klingberg-allvin@ki.se. Mina kontaktpersoner på SÖS är universitetsbarnmorska Joanna Tingström och biträdande universitetsbarnmorska Katarina Gröndal.

Vänliga hälsningar, Emma Ocklind, emma.ocklind@stud.ki.se, 0704802515

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Emma Ocklind genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort och datum: _____

Namnunderskrift

Befattning