



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

I trygga händer.

Kvinnors upplevelse av att få vård i Min Barnmorska.

In safe hands.

Women's experience of receiving care in Min Barnmorska.

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2020

Författare:

Ulrika Byström

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Anna Olingdahl

Leg, Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Helena Lindgren

Leg. Barnmorska

Docent

Examinator:

Wibke Jonas

PhD, Assistant professor

Sammanfattning

Bakgrund: Caseload midwifery innebär att ett mindre team av barnmorskor följer en kvinna genom graviditet, förlossning och tiden efteråt. Detta bidrar till ökad kontinuitet vilket i sin tur har bevisad nytta på flera plan. Socialstyrelsen ser stor potential till förbättring när det gäller att organisera vården så att kontinuitet främjas. Ett projekt där man arbetar enligt caseload midwifery är Min Barnmorska på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse av att ha fått vård i projektet Min Barnmorska.

Metod: Kvalitativ enkätstudie. Enkäter skickades ut till alla som ingick i projektet mellan 1 april 2019 och 31 december 2019, vilket var 120 stycken. Analys av de besvarade enkäterna gjordes med kvalitativ innehållsanalys med fokus på att hitta mönster, likheter och skillnader i materialet.

Resultat: 67 procent av de utskickade enkäterna besvarades. Den övergripande upplevelsen som framkom i resultatet handlade om trygghet, vilket formulerades som ett generellt tema över det latent innehåll i materialet. Kvinnorna beskrev att tryggheten kom ur kontinuiteten, som tillät skapandet av en relation med sin barnmorska. Tryggheten var även kopplad till bearbetning och stöd kring förlossningsrädsla, en känsla av att helas och vårdens tillgänglighet, framförallt i form av hembesök.

Slutsats: Kvinnorna upplevde vården i Min Barnmorska som trygg tack vare kontinuiteten och den personliga kontakten med barnmorskan, hjälp med eventuell förlossningsrädsla och vårdens tillgänglighet.

Nyckelord: Förlossningsrädsla, caseload, barnmorska, trygghet, kontinuitet

Abstract

Background: Caseload midwifery means that a small team of midwives follows a woman through pregnancy, birth and the time after birth. This contributes to increased continuity, which in turn has proved useful on several levels. The National Board of Health sees great potential for improvement in organizing care so that continuity is promoted. A project where they work according to caseload midwifery is Min Barnmorska at Karolinska University Hospital in Huddinge.

Aim: To investigate women's experience of receiving care in the project Min Barnmorska.

Method: Qualitative survey study. Surveys have been sent to everyone who participated in the project between April 1, 2019 and December 31, 2019, which is 120. The questionnaires were analyzed using qualitative content analysis to identify patterns, similarities and differences in the material.

Result: 67 percent of the questionnaires were answered. The overall experience that emerges in the result is about security, which is formulated as a general theme of the latent content of the material. The women describe that security comes from the continuity, which allowed the building of a relationship with their midwife. The security was also linked to processing and support regarding fear of childbirth, to be healed and the accessibility of care, primarily in the form of home visits.

Conclusion: The women experience the care in Min Barnmorska as secure thanks to the continuity and personal contact with the midwife, assistance with possible fear of childbirth and the availability of care.

Keywords: Fear of childbirth, caseload, midwife, security, continuity

Innehåll

1. Inledning.....	5
2. Bakgrund.....	5
2.1 Barnmorskans kompetensområde.....	5
2.2 Vårdkedjan och förlossningsvården	5
2.3 Förlossningsupplevelse	7
2.4 Förlossningsrädsla	7
2.5 Trygghet i födandet	7
2.6 Caseload	8
2.7 Projektet Min Barnmorska på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.....	9
3. Problemformulering.....	10
4. Syfte.....	11
5. Metod.....	11
5.1 Design.....	11
5.2 Urval.....	11
5.3 Datainsamling.....	11
5.4 Dataanalys	12
5.5 Förförståelse	14
6. Etiskt övervägande.....	15
7. Resultat	15
7.1 Trygghet	16
7.2 Att skapa en relation med barnmorskan	16
7.3 Att bearbeta och våga tro på egen förmåga	19
7.4 Vårdens tillgänglighet	21
8. Diskussion.....	23
8.1 Metoddiskussion.....	23
8.2 Etisk diskussion.....	27
8.3 Resultatdiskussion	28
9. Slutsats och klinisk implikation.....	32
10. Referenser	33
11. Bilagor.....	37
Bilaga 1. Enkät	37
Bilaga 2. Godkännande från verksamhetschef.....	40

1. Inledning

I Sverige föds ungefär 115 000 barn varje år (Socialstyrelsen, 2019). Sjukvården före, under och efter en förlossning är idag en stor källa till debatt. För få barnmorskor finns på sjukhusens förlossningsavdelningar (Ahlberg, Nordlund, Uustal & Algovik, 2019), i boken "BB-krisen" (Bjurwald, 2019) vittnar föräldrar om negativa förlossningsupplevelser och förlossningsrädslan ökar. I ett internationellt perspektiv har Sverige goda obstetriska resultat (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2017), men åsikten att förlossningsvården behöver förändras framkommer från flera håll. En åtgärd som vidtagits och som enligt internationella erfarenheter uppskattas av både barnmorskor och blivande föräldrar är vårdformen caseload, genom projektet Min Barnmorska på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.

2. Bakgrund

2.1 Barnmorskans kompetensområde

I barnmorskans kompetensområde, sexuell och reproduktiv hälsa, ingår att barnmorskan ska inneha kunskaper om graviditet, förlossning och eftervård samt om det nyfödda barnet. Begreppet reproduktiv hälsa innebär ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och sexuellt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner, där graviditet, förlossning och tiden därefter ingår. Barnmorskor ska tillgodose patienters rätt till självbestämmande och medverkan i vården samt stödja patientens självbild, värdighet, integritet och autonomi. Vidare ska barnmorskor tillgodose personcentrerad och kontinuerlig vård, individanpassa vården efter behov samt medverka till att forskningsresultat implementeras och tillämpas kliniskt (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

2.2 Vårdkedjan och förlossningsvården

Socialstyrelsen (2017) har i en kartläggning konstaterat att vården i samband med graviditet, förlossning och eftervård är osammanhängande och att en organisation som ger förutsättningar för en bättre kontinuitet vore önskvärd.

På barnmorskemottagningen får kvinnan vård under graviditeten genom att barnmorskan kontrollerar kvinnans och barnets hälsa, ger information och föräldrastöd. Det är viktigt att kvinnan, vid sina besök i mödravården, blir sedd som en egen individ och får tid för sina egna frågor och görs delaktig i den vård som ges, tillsammans med sin partner. Gravida kvinnor är generellt nöjda med den vård som erbjuds under graviditeten men de upplever brister bland annat när det gäller

information om amning och tiden efter förlossningen samt förlossningsförberedelse (Hildingsson, 2016).

När det sedan är dags för förlossning sker ofta den första kontakten med förlossningsvården genom ett telefonsamtal med en barnmorska för rådgivning när förlossningsarbetet påbörjats. En studie som undersökt kvinnors upplevelse av att prata i telefon med barnmorskor under den tidiga delen av förlossningsarbetet visar att kvinnor som känner sig missnöjda med telefonsamtalet upplever det svårt med interaktionen med barnmorskan eller att de får oklara råd, inte sina behov tillfredsställda eller att barnmorskan varit negativ/otrevlig. Desto nöjdare blir de kvinnor som känner sig välkomna och får bra råd (Green, Spiby, Hucknall, & Richardson Foster, 2012). Det är inte ovanligt att blivande föräldrar känner oro och rädslor, för exempelvis utsatthet, smärta och kontrollförlust, inför sin förlossning. Det är därför viktigt för den födande kvinnan att förtroende skapas i den första kontakten, vilket kan ske om hon bemöts med respekt och lyhördhet. Vad som även visat sig mycket positivt för kvinnans upplevelse av sin förlossning, är om hon vårdas av en barnmorska som hon redan har en etablerad kontakt med sedan tidigare (Forster et al., 2016; Jepsen, Mark, Foureur, Nøhr & Sørensen, 2017; Perriman, Davis & Ferguson, 2018; Walsh, 1999).

Efter förlossningen är det vanligt att kvinnan och den nyblivna familjen vistas på sjukhuset för eftervård, men vårdtiderna på sjukhus efter förlossning blir allt kortare. Det är ibland otydligt var kvinnorna ska vända sig vid besvär efter hemgång från sjukhuset och tillgång till stöd och vård efter förlossningen behöver förbättras (Socialstyrelsen, 2017). I Socialstyrelsens (2017) kartläggning slås det fast att med dagens korta vårdtider på sjukhuset finns det inte alltid möjlighet att ge en säker och personcentrerad vård som tillgodoser kvinnan och familjens behov, särskilt inte i kombination med hög arbetsbelastning för de anställda. På majoriteten av sjukhusen i Sverige saknas rutiner för att arbeta så att kvinnan träffar samma barnmorskor i eftervården som under förlossningen. Enbart en tredjedel av sjukhusen följer upp kvinnornas hälsa efter utskrivning. Mödravården gör ofta ingen uppföljning förrän cirka 6 - 12 veckor postpartum i samband med ett eftervårdsbesök (Socialstyrelsen, 2017). Alla föräldrar bör få möjlighet att samtala om sin förlossning inom 7 dagar efter förlossningen (SFOG, Svenska Barnmorskeförbundet & Svenska Neonatalsektionen, 2013). Endast 26 procent av sjukhusen i Sverige har som rutin att det är den barnmorskan som var med under förlossningen som deltar i detta samtal (Socialstyrelsen, 2017).

Ovan nämnda brister är enligt Socialstyrelsen (2017) främst strukturella problem och det behövs organisatoriska förändringar i regionerna för att uppnå en mer patientcentrerad vård. Det finns även

stor potential till förbättring när det gäller att skapa kontinuitet i vårdkedjan avseende att kvinnor möter samma personal under graviditet, förlossning och eftervård (Socialstyrelsen, 2017).

2.3 Förlossningsupplevelse

Inom definitionen av vad som är en normal förlossning ingår en god förlossningsupplevelse. Förlossningsupplevelsen är även en viktig kvalitetsindikator inom förlossningsvården (SFOG, 2017). Vad som utgör en god förlossningsupplevelse kan vara inre faktorer som styrka och känsla av egen förmåga att föda, samt yttre faktorer såsom en respektfull och förtroendefull relation till sin barnmorska (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). Det finns samband mellan kvinnans förlossningsupplevelse och hennes psykiska mående efter förlossningen där en negativ förlossningsupplevelse ökar risken för postpartumdepression (Bell & Andersson, 2016).

2.4 Förlossningsrädsla

Förekomsten av förlossningsrädsla är svårbedömd globalt sett, troligtvis på grund av olika sätt att definiera rädslan, men uppskattas till ungefär 14 procent (SFOG, 2017). En tidigare negativ förlossningsupplevelse är en vanlig orsak till förlossningsrädsla bland dem som fött barn förut. Andra vanliga orsaker är anamnes på psykiska besvär såsom ångest eller depressiva symtom samt stressrelaterade problem (Dencker et al, 2019). Förlossningsrädsla kan förekomma både före, under och efter en förlossning (SFOG, 2017).

Ofta används en självskattningsskala för identifiering och gradering av förlossningsrädsla. Både i forskning och i klinisk användning saknas dock konsensus om hur olika svårighet av förlossningsrädsla ska graderas och var gränsen går för att rädslan ska få klinisk betydelse. Vanligtvis är det kvinnan själv som avgör om hon är i behov av hjälp, men människor har generellt olika tröskel för när de ber om hjälp (SFOG, 2017). Det kvinnor främst anger som föremål för sin rädsla är oro för outhärdlig smärta, bristande förtroende för vårdpersonalen, låg tilltro till den egna förmågan att föda, rädsla för förlossningsskador, att dö, att tappa kontrollen eller att barnet ska skadas eller dö (Sjögren, 1997).

2.5 Trygghet i födandet

Vilka förutsättningar som krävs för att en födande ska känna trygghet är högst individuellt, vad som kan upplevas tryggt för en kvinna kan vara skrämmande för en annan. Kontinuerligt stöd under förlossningen förbättrar det obstetriska utfallet och den födandes upplevelse (Bohren, Hofemyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017), liksom att ha en känd barnmorska vid sin sida under förlossningen (Forster et al., 2016).

Med känd barnmorska avses i denna studie en barnmorska som kvinnan har en vårdrelation med innan förlossningens start.

Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa och Cuthbert (2017) har publicerat en litteraturöversikt över effekten, på mor och barn, med kontinuerligt stöd under födseln. Den visar att kvinnor som erhåller kontinuerligt stöd under sin förlossning har större sannolikhet till spontan vaginal födsel och en positiv förlossningsupplevelse. De har kortare förlossningar, minskad risk för instrumentellt avslut på förlossningen och föder barn med mindre risk för låg apgar vid fem minuters ålder. I Region Stockholm finns en gemensam riktlinje för förlossningsvården avseende kontinuerligt stöd (2017). I denna framgår att kvinnor i aktiv fas av förlossningen i så hög utsträckning som möjligt ska erhålla kontinuerligt stöd av barnmorska, eller andra i vårdteamet. Detta är en av förlossningsvårdens kvalitetsindikatorer. Under 2017 var andelen födande i Region Stockholm som hade kontinuerligt stöd enligt kriterier i riktlinjen ca 60 procent (Region Stockholm, 2019).

2.6 Caseload

Enligt WHO rekommenderas vårdformer där en eller en liten grupp av för kvinnan kända barnmorskor stöttar och vårdar kvinnan genom graviditet och förlossning samt tiden efteråt. Denna typ av vård kallas caseload eller caseload midwifery (World Health Organization [WHO], 2016).

Studier från bland annat Danmark, Australien och andra hög- och medelinkomstländer visar att blivande och nyblivna föräldrar generellt uppskattar vårdformen caseload och är mer nöjda med sin vård än de som fått standardvård i respektive land (Jepsen et al., 2017; Forster et al., 2016; Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012; Allen et al., 2019). En metasyntes som utförts i syfte att få en djupare förståelse för kvinnornas syn på detta ger förklaringen att den individualiserade/personliga vården, tillit och ökad känsla av empowerment är de främsta skälen till att caseload är så högt betygsatt av de kvinnorna som får ta del av det (Perriman et al., 2018). Att bygga en förtroendefull relation till sin barnmorska kan ha bättre effekt på förlossningsrädsla, än vad terapeutiska rådgivningssamtal har (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines, 2019).

När det gäller det obstetriska utfallet så visar den litteraturöversikt som Sandall, Soltani, Gates, Shennan och Devane (2016) sammanställt att kvinnor som fått vård enligt caseloadmodellen i lägre utsträckning använder epidural-/spinalbedövning eller behöver få episiotomi eller avsluta sin förlossning instrumentellt. Chansen till en spontan vaginal förlossning ökar. Det är också lägre risk för för tidig födsel eller att förlora barnet intrauterint.

En tidigare studie har undersökt effekten av caseload i Sverige. I den studien var syftet att minska kvinnors förlossningsrädsla med hjälp av en modifierad caseload-modell och alla

mödravårdsbesök fokuserade på just förlossningsrädsla. Kvinnorna fick svara på ett frågeformulär i mitten av samt i slutet av graviditeten och två månader efter födseln. Det som huvudsakligen utvärderades var förlossningsrädslan. Alla tio kvinnor som deltog i studien upplevde en minskning av rädslan eller att den försvann helt. Slutsatsen av den studien blev att caseload är en bra vårdmodell för kvinnor med förlossningsrädsla (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines, 2019).

2.7 Projektet Min Barnmorska på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Min Barnmorska är ett projekt som pågår i Sverige sedan september 2018 och som arbetar enligt vårdformen caseload. Det är ett samarbete mellan Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge och Stockholms läns sjukvårdsområde barnmorskemottagning Södra (SLSO BMM Södra). I november 2018 föddes det första barnet inom projektet och sedan dess har 301 barn fötts (siffror från 2020-03-09). Min Barnmorska är den första verksamheten i Sverige som erbjuder caseload midwifery dygnet runt (Ekborn, Ahlberg, Falk & Gustafsson, 2020).

Sedan starten har projektet utökats med fler barnmorskor då Sveriges kommuner och landsting i september 2019 tog beslut om att tillföra extra pengar till projektet, vilket ledde till att verksamheten kunde utökas till dubbel storlek. Det innebär att 480 kvinnor om året nu ges möjlighet att delta i Min Barnmorska. Idag arbetar totalt nio barnmorskor i projektet, men ytterligare utökning av verksamheten väntas inom kort (Ekborn et al., 2020).

I verksamhetsberättelsen (Ekborn et al., 2020) framkommer att syftet med Min Barnmorska är "att erbjuda kvinnor, riktat mot förlossningsrädda, en vårdform som innebär att kvinnan vårdas av samma grupp barnmorskor under graviditet, förlossning och eftervård". Målen med verksamheten beskrivs bland annat som att se och undersöka om den gravida kvinnan känner högre trygghet och får en mer positiv förlossningsupplevelse av den sammanhållna graviditets- och förlossningsvården men även att fler kvinnor med förlossningsrädsla ska våga föda vaginalt samt behålla och attrahera fler barnmorskor på förlossningen på Huddinge sjukhus.

Projektet riktar sig alltså främst till förlossningsrädda med grundtanken att få deras oro att minska men alla blivande föräldrar som har tänkt sig en vaginal förlossning och vill föda på Huddinge sjukhus är välkomna att höra av sig vid intresse att delta.

För de kvinnor som födde i projektet under perioden 190101 - 190930 var drygt hälften förstföderskor. 38 procent definierades som förlossningsrädda, vilket innebär mer än 60 på FOBS-skalan (Fear Of Birth Scale) som är det validerade mätinstrument (Hildingsson, Karlström, Rubertsson, & Haines, 2018) som används inom Min Barnmorska för att skatta kvinnors rädsla och

oro inför förlossningen. Kvinnor i Min Barnmorska som skattar sig som förlossningsrädda remitterats inte vidare till Aurora-barnmorskor utan får samtalsstöd med barnmorskorna i projektet, varav en även är KBT-terapeut (Ekborn et al., 2020).

Ett team med tre-fyra barnmorskor följer och vårdar kvinnan/familjen under graviditet, förlossning och eftervård. Den som ska föda känner sin barnmorska när det blir dags för förlossning. Fokus för projektet är kontinuitet och relation mellan vårdgivare och vårdtagare (Karolinska Universitetssjukhuset, 2019). Barnmorskorna som arbetar inom projektet arbetar delar av sin arbetstid på en av två olika barnmorskemottagningar dit kvinnorna går under sin graviditet. Barnmorskorna arbetar enligt ett jourschema, vilket innebär att kvinnan alltid kan få tag i någon av barnmorskorna i sitt team oavsett tid på dygnet. En barnmorska som kvinnan känner finns alltid tillgänglig för telefonrådgivning. Hembesök erbjuds även under exempelvis latensfas eller för BB-vård (Karolinska Universitetssjukhuset, 2019). De kvinnor som får vård i Min Barnmorska får efter födseln BB-vård antingen på sjukhus eller i hemmet, eller båda delar. Dagen efter hemgång från sjukhuset, oavsett om den sker i nära anslutning till förlossningen eller efter några dagar på BB-avdelning så ringer barnmorskan som har jour upp familjen och stämmer av samt planerar in hembesök. Vid hembesöket kan vikt, PKU-prov och kontroll av gulsot göras på barnet, samt kvinnans hälsa kontrolleras. Efter detta sker även efterkontroll (-er) hos ansvarig barnmorska på barnmorskemottagningen (Ekborn et al., 2020).

3. Problemformulering

Socialstyrelsen uppmuntrar att vårdformer med caseload ska startas och utvärderas i Sverige och bedömer att det finns anledning för regionerna att se över hur vård som erbjuder en högre kontinuitet kan erbjudas i en större utsträckning. Trygghet och kontinuitet där föräldrarna får sin vård med samma barnmorska genom vårdkedjan (caseload midwifery) är en väl beprövad, uppskattad och säker vårdform i andra länder, men ett relativt nytt fenomen i Sverige. Projektet Min Barnmorska har nu pågått i ca ett och ett halvt år och det är än så länge outforskat hur kvinnor i Sverige upplever denna vårdform.

4. Syfte

Att undersöka kvinnors upplevelse av att ha fått vård i projektet Min Barnmorska.

5. Metod

5.1 Design

Metoden som valts för att besvara studiens syfte är en kvalitativ enkätstudie.

Kvalitativ metod syftar till att erhålla djupare insikter och förståelse för hur den studerade gruppen individer upplever ett visst fenomen (Moser & Korstjens, 2017a). Enkäter som datainsamlingsmetod har fördelen att många svar kan samlas in och att deltagarna i lugn och ro kan begrunda frågorna och har gott om tid att tänka över sina svar. En annan fördel är att alla deltagarna får precis samma frågor, presenterade på precis samma vis och att den så kallade "intervjuareffekten", det vill säga risken att deltagaren påverkas av en intervjuares sätt att ställa frågor, minskar (Ejlertsson, 2005).

5.2 Urval

Alla kvinnor som vårdats i projektet Min Barnmorska mellan den 1 april 2019 t.o.m 31 december 2019, vilket är 120 stycken, ingick i studien. Kvinnorna fick själva anmäla sitt intresse för att delta i projektet. Information om projektet har funnits på mödravårdscentraler, internet och lyfts i lokalmedia.

5.3 Datainsamling

En enkät (bilaga 1) har kontinuerligt efter födseln skickats ut till alla som fått vård i projektet Min Barnmorska mellan 1 april och 31 december 2019. Enkäterna har löpande skickats ut till kvinnorna, ett par månader efter att de fött. Enkäten innehåller frågor om hur kvinnorna upplevde sin vård och har utformats av projektansvarig och omvårdnadsansvarig barnmorska i projektet. Enkäterna har distribuerats och samlats in av projektansvarig. Alla besvarade enkäter har inkluderats i studien, för att få ett så brett material som möjligt att analysera. Enkäterna som är i pappersform har skickats hem till informanterna tillsammans med ett frankerat kuvert att skicka tillbaka svaret i. Enkäten innehåller sammanlagt 14 frågor, både öppna och slutna. I enkäten uppmanas deltagaren att skriva fritt och hur mycket eller lite de vill.

Svaren från de frågor som rör upplevelsen av given vård och därmed besvarar studiens syfte har sammanställts och analyserats. Dessa frågor lyder: Hur upplevde du vården under din graviditet i Min Barnmorska? Hur upplevde du vården under din förlossning i Min Barnmorska? Hur upplevde du vården efter din förlossning i Min Barnmorska? Vad tycker Du/Ni vi kan förbättra i Min

Barnmorska? Om du är nöjd med vården, vad var i sådana fall det bästa? Födde du med en känd barnmorska? Vissa deltagare har även valt att beskriva sin upplevelse i fritext utanför de förtryckta frågorna och då har även den texten tagits med i datainsamlingen. Intentionen var från början att bara inkludera svaren från de neutrala frågorna men eftersom mycket som svarar på syftet finns med även under de mer subjektiva/ledande frågorna, samt skrivet i fri text utanför frågeformuläret. Text utanför svarsutrymmet, exempelvis på lösa bifogade papper eller på enkätens baksida, och som besvarar syftet tagits med. Det är också förklaringen till att det, i några få fall, tagits med svar från den helt slutna frågan "Hade du en känd barnmorska med dig på förlossningen?". Majoriteten av deltagarna har svarat ja eller nej på den frågan men några få har utvecklat sitt svar med text som svarar på syftet och det har i så fall inkluderats.

5.4 Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har använts för analys av materialet. Innehållsanalys kan användas på olika slags texter och metoden valdes med motiveringen att innehållsanalys passar bra när upplevelser, tankar och känslor ska beskrivas (Graneheim & Lundman, 2004) vilket stämmer bra med denna studies syfte. Induktiv ansats karakteriseras av att det under analysen identifieras mönster, det vill säga skillnader och likheter, i materialet som sedan beskrivs i teman och kategorier (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Enkäterna hämtades upp på Huddinge sjukhus hos projektansvarig barnmorska. Originalenkäterna kopierades av författarna. Originalenkäterna har förvarats hemma hos en av författarna, oåtkomligt för utomstående. Dessa ska lämnas tillbaka till projektansvarig efter att denna studie färdigställts. Författarna har under arbetets gång haft varsin uppsättning kopior av enkäterna, noggrant uppmärskade med nummer.

Analysen utfördes genom att materialet först lästes igenom flera gånger för att en känsla för innehållets helhet skulle uppnås. Det som i detta fall avses med material är svaren på de frågor som nämns i föregående stycke, samt eventuell fritt skriven. I nästa steg av analysen, plockades meningar eller fraser som besvarar studiens syfte ut, så kallade meningsbärande enheter. Totalt 426 meningsbärande enheter plockades ut. Detta steg gjordes tillsammans av författarna, där de meningar och fraser som besvarade syftet markerades med färgpenna. Vissa svar markerades i sin helhet, från andra svar markerades delar av texten, beroende på hur de svarade mot syftet. I detta steg var det viktigt att tillräcklig mängd omgivande text togs med så att citaten inte blev alltför fragmenterade (Graneheim & Lundman, 2004). Vissa av deltagarna har uttryckt sig fåordigt, med bara enstaka ord eller många upprepningar och icke fullständiga meningar. Dessa svar har under

analysarbetets gång fått sållas bort då de inte har inte tillfört någon ny information utan dess innebörd har funnits med även i de mer utförliga svaren.

De meningsbärande enheterna har sedan kondenserats, det innebär att de kortats ned utan att förlora sitt innehåll. Till sist har de kondenserade meningsenheterna benämnts med koder som skrivits in i ett levande dokument och efter noggrant analysarbete sammanfogats till kategorier. Dessa kategorier utformades gemensamt av författarna för att beskriva kvinnornas upplevelser och besvara studiens syfte. Exempel på meningsbärande enheter samt hur dessa abstraherats och benämnts med koder finns i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på kondenserade och kodade meningsenheter.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod
Helt fantastisk! Den tryggheten, som hela det teamet jag träffade, erbjöd var så härlig. Det gjorde att jag faktiskt såg fram emot min förlossning.	Tryggheten som hela teamet erbjöd gjorde att jag såg fram emot min förlossning.	Såg fram emot förlossning tack vare trygghet från teamet
Min förlossning gick ganska snabbt och var mycket smärtsam, jag minns inte så mycket mer än smärta, men jag vet att jag kände mig trygg med barnmorskan, tack vare att vi träffats flera gånger innan, bla under hinnsvepning.	Jag kände mig trygg med barnmorskan, tack vare att vi träffats flera gånger innan	Tryggt med känd barnmorska
Ja, första halvan hade jag en känd barnmorska, sedan blev det skiftbyte och jag hade ej träffat nya barnmorskan innan. Men det gick superbra eftersom hon var med mig i rummet hela tiden.	Ej träffat barnmorskan innan men det gick bra eftersom hon var i rummet hela tiden	Ej känd barnmorska, gick bra tack vare kontinuerligt stöd

En kod är en etikett på en meningsenhet som kort beskriver dess innehåll och kategorier är en grupp koder med liknande innehåll, som har något gemensamt. Kategorierna beskriver det manifesta innehållet i materialet, det vill säga det textnära, uppenbara innehållet som uttryckts på en beskrivande nivå. Även ett tema framkom under analysen. Skapandet av ett tema är ett sätt att sammanfoga det latent innehåll i kategorierna, det vill säga textens underliggande budskap (Graneheim och Lundman 2004 & 2017). Vid sammanförandet av koder till kategorier är målet att dessa ska vara fullständigt och ömsesidigt uteslutande, det vill säga att koderna inte passar in i flera kategorier eller faller emellan några kategorier (Graneheim & Lundman 2017). Exempel på hur koder med liknande innehåll sammanfogats till kategorier och subkategorier kan ses i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på hur koder med liknande innehåll formats till kategorier och subkategorier.

Kategori	Att skapa en relation med barnmorskan	Att bearbeta och våga tro på egen förmåga	Vårdens tillgänglighet
Subkategori -kod	Personligt och behovsstyrt bemötande - Blev tagen på allvar - Att bli hörd	Att få hjälp med förlossningsrädsla - Hjälp att bearbeta min första förlossning - Förlossningsrädsla blev inte tagen på allvar	Vårdens tillgänglighet i hemmet - Tryggt med hembesök och telefonkontakt - Hembesök för att slippa stanna på bb
Subkategori -Kod	Att få stöd - Hade önskat mer stöd efter förlossningen - Bra stöd även efter förlossningen	Att helas - Hjälppte mig att våga tro - Tillit till min kropp tack vare bm	Praktikaliteter som påverkar vårdens tillgänglighet - Ostrukturerat till en början - Önskat bättre information och struktur

5.5 Förförståelse

Förförståelse inkluderar teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar och är därför är oundviklig. Det finns olika uppfattningar om huruvida författarna bör utnyttja sin förförståelse eller inte. Graneheim och Lundman (2017) menar att förförståelsen kan öppna upp för möjligheten att upptäcka ny kunskap och få en djupare förståelse för det som studeras. Henriksson (2012) beskriver att själva reflektionen över förförståelsen blir en styrka eftersom den då minskar risken för att förförståelsen sedan ska påverka analysen och resultatet. Malterud (2011) förklarar förförståelsen som en viktig drivkraft till att påbörja forskning, en anledning till att veta mer om något. Förförståelsen kan dock göra att forskaren går in i sitt projekt med skygglappar, men om ett aktivt och medvetet förhållningssätt kan användas går det att förebygga.

Vår förförståelse till det studerade området i denna studie består i både teoretisk och praktisk kunskap om graviditet, förlossning och eftervård, då vi båda är barnmorskestudenter som har arbetat/gjort praktik inom hälso- och sjukvård som rör dessa områden. Vi har även själva varit patienter i förlossnings- och mödravården. Vår förförståelse av caseload innan arbetet med denna studie påbörjades var att det är positivt att sträva efter kontinuitet i vårdkedjan för att minska oro. Barnmorskor från projektet Min Barnmorska har gästföreläst på barnmorskeprogrammet och informerat om projektet och dess fördelar för både barnmorskan och kvinnorna. Förförståelsen var att trygghet är ett centralt och viktigt begrepp i vården av den gravida och födande kvinnan och den nyblivna familjen, och att vårdformen caseload kan bidra till trygghet för kvinnan och familjen. Vi har under arbetet med denna studie kritiskt reflekterat över vår förförståelse för det studerade området och haft en öppen dialog med varandra för att inte låta förförståelsen inverka mer än

nödvändigt på vårt resultat. Vår analys har till största del utförts textnära, det vill säga på ett manifest innehåll, vilket ger förståelsen mindre utrymme.

6. Etiskt övervägande

Denna studie är en studentuppsats som inte kommer att publiceras utan användas för internt bruk och är att se som en övning i forskningsmetodik. Den behöver därför inget etiskt godkännande (Medicinska forskningsrådet, 2000). Skriftligt godkännande (bilaga 2) har inhämtats från verksamhetschefen, Susanne Albertsson, att det redan insamlade materialet får användas för genomförande av denna uppsats.

Deltagarna har informerats om att syftet med enkäten är vårdutveckling samt att deltagande är frivilligt och att svaren behandlas anonymt.

Allt material har hanterats med stor respekt för deltagarnas integritet samt helt anonymt. Enkäterna har tilldelats siffror som har använts när materialet diskuterats i analysprocessen och när deltagarna citeras i uppsatsen. Barnmorskornas namn har fingerats i de fall de förekommer i citaten för att undvika identifiering även för dem.

7. Resultat

Totalt 80 av de 120 utskickade enkäterna besvarades, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 67 %. 79 av enkäterna är besvarade på svenska och en på engelska. 39 av kvinnorna var förstföderskor, 40 var omföderskor och en har lämnat frågan obesvarad.

Analysen av materialet resulterade i ett tema, *Trygghet* och tre kategorier, *Att skapa en relation med barnmorskan*, *Att bearbeta och våga tro på egen förmåga* och *Vårdens tillgänglighet*. De tre kategorierna har delats in i två till fyra subkategorier vilket visas i tabell 3.

Tabell 3. Översikt av tema, kategorier och subkategorier.

Tema	TRYGGHET		
Kategori	Att skapa en relation med barnmorskan	Att bearbeta och våga tro på egen förmåga	Vårdens tillgänglighet
Subkategorier	Personligt och behovsstyrt bemötande	- Att få hjälp med förlossningsrädsla	- Vårdens tillgänglighet i hemmet
	- Att få stöd	- Att helas	- Praktikaliteter som påverkar vårdens tillgänglighet

	- Barnmorskans egenskaper	
	- Kontinuitet i vårdkedjan	

7.1 Trygghet

Det som kvinnorna främst beskriver om sin upplevelse av vården i Min Barnmorska är trygghet. Fenomenet trygghet genomsyrar hela materialet och många beskriver att tryggheten kom sig av att de fick lära känna sin barnmorska, fick mycket stöd, kände sig omhändertagna, att de upplevde barnmorskan som kunnig och erfaren. Vidare var tryggheten även kopplad till att kvinnorna hade fått hjälp med sin eventuella förlossningsrädsla och den personliga utveckling de upplevde under perioden de ingick i projektet. En annan aspekt av tryggheten kvinnorna beskrivit är vårdens tillgänglighet. Så, tryggheten kommer ur barnmorskan, förlossningsrädslan och tillgängligheten vilket framkommer i de nedan beskrivna kategorierna.

7.2 Att skapa en relation med barnmorskan

7.2.1 Personligt och behovsstyrt bemötande

Kvinnorna beskriver hur vården upplevs som anpassad efter den enskildes behov och önskemål. De har känt sig sedda, hörda, respekterade och omhändertagna av sin barnmorska och beskriver vården som mycket personlig. Upplevelsen av att bemötas med engagemang och genuin omtanke har verkat positivt för tryggheten och upplevelsen av vården. Många kvinnor beskriver att de har uppskattat den personliga kontakten med barnmorskan, och att det blev ett sorgligt avsked när kontakten avslutades. En deltagare beskriver att avslutet och kontakten rann ut i sanden när hon själv inte hörde av sig, och att det var en besvikelse.

Kvinnorna uppskattar även att besöken har fått ta tid och att barnmorskan har tagit deras oro och funderingar på allvar, att barnmorskan har varit lyhörd för kvinnan och familjen och hennes/deras behov.

“Jag upplevde att jag fick vård och bemötande som var väldigt lyhört efter mina behov, att det fanns tid att ta upp tankar och funderingar under besöken, man kände sig inte stressad eller bemött på ‘löpande band’.” - enkät nr 47

Kvinnorna beskriver återkommande att de kände god kontakt till alla i teamet, och att det upplevdes som att vara del av en familjär gemenskap.

“Barnmorskorna ingav stort förtroende från början och var varma och stödjande i kontakten. Kände mig trygg och sedd, att problem/oro/funderingar togs på allvar och följdes upp.” - enkät nr 48

7.2.2 Att få stöd

Många kvinnor beskriver det informativa stöd som givits under graviditeten som en uppskattad förlossningsförberedelse, och att de tack vare den känt sig väl förberedda och stärkta inför sin förlossning. Andra beskriver att de saknat praktisk information om amning och den första tiden med det nyfödda barnet under graviditeten och att den informationen hade kunnat vara ännu bättre. En kvinna beskriver att hon drabbades av komplikationer under förlossningen och då upplevde att hon inte fick information om vad som skedde.

Att barnmorskan bara har haft en födsel, och inte behövt gå iväg har bidragit till trygghet för den födande. Många beskriver att kontinuerligt stöd som givits under förlossningen har bidragit till att även tuffa förlossningar har blivit en god förlossningsupplevelse.

“Att sedan få ha en barnmorska hos mig under hela det fortsatta arbetet var guld värt. Jag blev genast mer nervös och spänd när hon gick för att skriva något på datorn eller liknande. Att dessutom veta att samma barnmorska kommer att stanna hos mig kändes jättetryggt. Det går inte med några ord att beskriva den enorma tacksamhet jag känner över vården jag fick under min förlossning.”

- enkät nr 8

Många beskriver att barnmorskans stöd har fått dem att kunna fokusera, känna lugn och trygghet under födseln. Vissa uppger att barnmorskans stöd och uppmuntran har fått dem att känna sig stärkta och trygga både innan och under sin förlossning.

“Behövde inte ta epidural (vilket jag ville undvika helst) och tror att det till stor del berodde på att jag kände mig trygg och att barnmorskan fick mig att känna att jag klarade av det.” - enkät nr 48

Några efterlyser mer amningsstöd och stöd under tiden efter födsel, medan andra beskriver det givna stödet efter som det bästa med att ha varit med i projektet.

“Efter förlossningen var behovet av stöd som störst. Jag kände mig ganska utelämnad till BB och hade önskat mig ännu mer stöd där från “Min Barnmorska” utöver projektet.” - enkät nr 40.

7.2.3 Barnmorskans egenskaper

Kvinnorna beskriver att de upplever att barnmorskans egenskaper varit en bidragande orsak till känslan av trygghet. Många kvinnor beskriver barnmorskorna som kunniga, erfarna, professionella och kompetenta.

“Kändes tryggt, barnmorskan Greta var mycket proffsig och kändes erfaren.” - enkät nr 45

Kvinnorna beskriver att barnmorskorna var till stor hjälp och kändes varma och stödjande i kontakten. De upplever en tillit till barnmorskans bedömningar, en känsla av att vara i trygga händer.

“Det blev en utdragen krystfas och ett klipp, och jag kände fullt förtroende för att barnmorskan tog rätt beslut och gjorde det bästa för mig och barnet.” - enkät nr 48

Barnmorskorna beskrivs av kvinnorna som skickliga på specifika saker såsom att suturera förlossningsskador eller att ge saklig information, men också på att ingjuta trygghet genom sitt förtroendeingivande sätt som var både professionellt och respektfullt.

De allra flesta kvinnorna upplever barnmorskorna som professionella och kunniga, medan några beskriver att de upplevt sin barnmorska som osäker, att de känner att hon gjort felaktiga bedömningar och en kvinna berättar att barnmorskan lät kvinnan själv ta ställning i medicinska frågor som hon inte kände att hon hade kompetens till.

“Första BM vi träffade (ej från vårt team) var väldigt osäker. Frågade mycket vad vi tyckte om medicinska saker vi inte kunde - här bättre med råd från den som faktiskt var expert.” - enkät nr 32

7.2.4 Kontinuitet i vårdkedjan

Många kvinnor beskriver kontinuiteten i att samma barnmorska som följer familjen genom graviditet, förlossning och eftervård som en stor trygghet. Kvinnorna uppger att det upplevs som en trygghet att veta vem som ska svara när man ringer, och vem som ska vara med under förlossningen.

En del beskriver att de upplevt brister i kontinuiteten eftersom de under graviditeten har fått träffa flera olika barnmorskor, eller att de inte fått ha med den barnmorska som de känner bäst under födseln. Andra uppger att det har fungerat bra att träffa alla i teamet under graviditeten. Av de som inte fått ha sin kända barnmorska med sig beskriver några att det kändes bra ändå, andra att det förstörde förlossningsupplevelsen att ha en okänd barnmorska som bistod.

“Väl omhändertagen även om jag träffade olika barnmorskor vid olika tillfällen.” - enkät nr 33

En kvinna beskriver att de har känt sig trygga med att vänta hemma, eftersom de visste vem som skulle vara med under födseln, en annan att det kändes helt okej att bli hemskickad från sjukhuset i början av förlossningen tack vare att barnmorskan kände till henne och visste vem hon var.

“Tryggheten av att man fick träffa samma barnmorska/barnmorskor under graviditeten och förlossningen. Detta var en enorm trygghet för en med trauma i ryggen.” - enkät nr 57

Många kvinnor beskriver att det är tryggt att ha med en känd barnmorska som känner familjen och vet vad som är viktigt för dem, under förlossningen.

“Barnmorskan som jag talat med om rädsla för bl.a bristning var med mig i krystningsskedet och kunde göra mig trygg genom de redskap vi talat om. Ex: Vi hade pratat om positiva målbilder som att huden sakta töjs och barnet glider ut vilket hon under krystningen påminde om och bekräftade att det töjde sig fint och långsamt.” - enkät nr 5

Uppföljande samtal efter förlossningen, med den barnmorska som varit med har varit värdefullt för många, delvis för att få prata igenom sin förlossning med den barnmorska som var med men också för att få knyta ihop säcken med barnmorskan och få ett avslut på relationen som har uppstått. En deltagare beskriver att det var värdefullt att få prata om förlossningen vid återbesöket med samma barnmorska som hade varit med, och få höra barnmorskans tankar och upplevelser kring olika aspekter av födseln. Många beskriver att det blir en uppskattad bearbetning av förlossningen med uppföljning av känd barnmorska.

7.3 Att bearbeta och våga tro på egen förmåga

7.3.1 Att få hjälp med förlossningsrädsla

Många av kvinnorna uppger att de hade en förlossningsrädsla som de fick hjälp med av vården i Min Barnmorska. Det finns dock skillnader i om de insatser som gjordes upplevs vara tillräckliga

eller ej. En del önskade mer hjälp och fler tider för med bearbetningen av rädslan, de upplever inte att basprogrammets åtgärder mot förlossningsrädsla var tillräckliga. Andra beskriver att de fick den hjälp som behövdes och att det påverkat dem positivt inför förlossningen, till exempel för deras val av förlossningssätt.

“My midwife really cared for me and took a lot of time for me to help me with my fear. I’m sure without her I would have decided for a c-section...” - enkät nr. 27

Det beskrivs som viktigt för bearbetningen av rädslan efter tidigare negativa förlossningsupplevelser att barnmorskan arbetar på ett sätt som visar att rädslan tas på allvar. Några upplever att de hade rädsla eller oro som inte togs på allvar och att deras rädsla ignorerades. Andra beskriver att de verktyg som barnmorskorna arbetar med verkligen fungerar och hjälper dem att bearbeta tidigare förlossningar eller andra orsaker till rädsla.

“Från att ha känt mig livrädd inför att föda mitt tredje barn, så känner jag nu att jag skulle kunna föda 10 barn till, utan rädsla.” - enkät nr 25

7.3.2 Att helas

Flera kvinnor beskriver att de under tiden de fick vård i projektet Min Barnmorska gjorde stor personlig utveckling, med hjälp av projektets barnmorskor, vilket i många fall ledde till ökad trygghet på olika plan, en känsla av att helas. Att de efter sin förlossning mår bättre, psykiskt, än vad de trodde skulle vara möjligt. När det gäller rädsla och oro beskriver de att de, tack vare hjälpen från barnmorskorna, äntligen fick verktyg som hjälpte dem att förstå vad de var rädda för och därmed vad de kunde göra åt det. De beskriver att de fick hjälp att våga tro på sig själva och att de därför fick bra förlossningsupplevelser. Att våga är en upplevelse som beskrivs ur flera aspekter, utöver att våga tro på sig själva. Att våga föda, att våga känna tillit, att våga vara närvarande och lugn. En deltagare beskriver att hon var närvarande under förlossningen på sätt som hon inte lyckats med vid tidigare förlossningar och flera deltagare upplever att de börjat känna tilltro och tillit till sin förmåga, sin kropp och dess funktioner.

“...förmedlandet av att jag som kvinna ska kunna förvänta mig samma livskvalitet som innan jag fött barn, och känna tillit till mina kroppsfunktioner. Det tog flera upprepningar innan jag tog till mig det och nu tror jag på det...” - enkät nr 8

En av kvinnorna beskriver att vården gav henne en enorm känsla av inre trygghet, vilket i sin tur hjälpte henne att få bättre relation med sin partner. Känslan av att uppleva sig vara lyckligt lottad beskrivs av en annan kvinna, och att det är en känsla som verkligen etsat sig fast. Tillit till den egna förmågan är en återkommande upplevd känsla och vad den tilliten leder till i form av minskad oro och ökat välmående. Denna vård, som hjälpt flera av kvinnorna ökad tillit till sig själva och sin kropp, beskrivs också ge en återvunnen tillit till vården efter tidigare negativa händelser.

“Det var otroligt att vi återfick förtroendet för förlossningsvården.” - enkät nr 2

7.4 Vårdens tillgänglighet

7.4.1 Vårdens tillgänglighet i hemmet

De aspekter som lyfts angående att ha vården tillgänglig i hemmet handlar dels om möjligheten att få hembesök av barnmorskan, dels om att alltid kunna nå en barnmorska på telefon vid behov. Denna tillgänglighet skapar en känsla av trygghet.

“Astrid kom hem till oss och hjälpte med värkarbetet, det hade jag inte förväntat mig men det var så bra, supertryggt och hjälpte mig verkligen att hålla lugnet” - enkät nr 12

Att få hembesök, både under förlossningens latensfas och efter förlossningen, beskrivs som för bra för att vara sant, underbart, tryggt, avslappnat och det bästa med hela vårdformen. Hembesök för bedömning och undersökning vid förlossningens uppstart, upplevs av kvinnorna som tryggt för att våga vara hemma en längre del av värkarbetet samt att det kan ge en bekräftelse på att förlossningsarbetet gick framåt.

“Hembesöket under förlossning - tryggt och gjorde att jag vågade vara hemma längre + slipper vara nervös över att komma för tidigt till sjukhuset/bli hemskickad” - enkät nr 69

Möjligheten till vård i hemmet efter förlossningen gör att deltagarna upplever att familjen kan få komma hem snabbare från sjukhuset och de beskriver att de uppskattar att få nödvändiga kontroller av mamman och barnet utförda i hemmet, vilket dessutom gör att de slipper åka till sjukhuset för ett eller flera uppföljande besök. Det som upplevs som positivt att få gjort i hemmet är bland annat kontroller av bristningar, uppföljning av bebisar med feber eller gulsot och PKU-prov samt framförallt stöttning med att få en fungerande amning. Detta skapar för deltagarna ett lugn i en situation då de beskriver sig trötta och oroliga. Att få vila ut i sin egen säng efter förlossning och snabbt komma hem till väntande syskon är andra saker som upplevs som positivt.

“Ovärderligt med hembesök när man är ny i föräldrarollen och knappt vågar gå utanför dörren”
- enkät nr 5

Även den del av tillgängligheten som innebär möjlighet att nå barnmorskan på telefon upplevs som en positiv del av denna vårdform, även om det framkommer aspekter som upplevs kunna förbättras. Att en barnmorska alltid finns bara ett samtal eller ett sms bort upplevs som trygghetsskapande, både under vårkarbetet och efter hemkomst från sjukhuset. Att alltid kunna ringa och fråga när funderingar kommer upp både kring kvinnan själv och bebisen och att denna kontakt fick pågå tills kvinnan själv kände sig redo att avsluta den, nämns som en positiv upplevelse. En deltagare beskriver att hon inte fick föda inom projektet på grund av platsbrist på sjukhuset, men ändå fick bra hjälp av jourhavande barnmorska med att få plats på annat sjukhus, vilket hon upplevde som positivt. De negativa upplevelser som framkommer gällande telefontillgängligheten handlar om att det ibland kan ta lång tid att bli uppringd och att jourtelefonen alltid borde vara bemannad, även om det inte finns möjlighet för någon barnmorska från projektet att närvara vid förlossningen.

Det som framkommit som en negativ upplevelse angående hembesöken, är besvikelsen när hembesök inte kan erbjudas på grund av bemanningsskäl.

Vad som också framkommer i resultatet och som är kopplat till tillgängligheten är att några kvinnor beskriver att de blev inlagda på sjukhuset för eftervård och att de då hade önskat besök från/kontakt med någon av projektets barnmorskor, det hade känts skönt och tryggt.

7.4.2 Praktikaliteter som påverkar vårdens tillgänglighet

En återkommande del av upplevelsen av att få vård i Min Barnmorska handlar om organisationens struktur och arbetssätt, information om hur vården är upplagd och implementering av rutiner. Flera av kvinnorna beskriver svårigheter med att förstå vilka telefonnummer de skulle ringa när, till exempel vad som räknas som tillräckligt akut för att använda journumret och vilket alternativ som bör väljas av de förinspelade på telefonsvararen.

Flera kvinnor upplever en brist på information om projektet, hur upplägget ser ut. När det gäller vården efter förlossningen beskriver flera av kvinnorna att de inte visste om att även eftervård ingick, eller i vilken omfattning.

“Saknade information om den fantastiska eftervård som ingår i projektet. Hade inte förstått att det ingick” - enkät nr 30

Även informationen kring upplägget med att träffa de olika barnmorskorna i teamet beskrivs som bristande, även om det sedan visat sig fungera väl i praktiken.

“Att man vid de första besöken fick veta att man skulle få träffa alla fyra i teamet. Nu kändes det lite ad hoc, som att det inte fanns en tydlig plan.” - enkät nr 2

Det framkommer också att fler besök hade varit önskvärt, både under graviditeten för att lära känna alla barnmorskor i teamet, och efter förlossningen. En del kvinnor upplever att de hade velat träffa alla barnmorskorna i ett tidigare skede, i en enkät nämns till exempel att om förlossningen skulle startat i förtid hade hon fått ha en okänd barnmorska på förlossningen då hon inte ännu hunnit träffa alla i sitt team, vilket hade tagit bort en del av vitsen med projektet.

En del upplever att det fanns brister i rutinerna, särskilt i början vilket gav en upplevelse av att vården var ostrukturerad. De berättar om att remisser inte kom iväg som de skulle och att recept som skulle förskrivas missades samt att information om liknande saker inte kommuniceras.

“Dock problem med remisser (provtagningar) som inte gått iväg. Också problem med läkartider för sjukskrivning. Kände som rutiner ej “satt sig” och att de/barnmorskorna var lite ovana vid mödravård” - enkät nr 46

8. Diskussion

Kvinnorna som har fått vård i Min Barnmorska beskriver att vården har känts trygg. Att få möjlighet att skapa en relation med sin ansvariga barnmorska och att ha en kontinuitet med en liten grupp barnmorskor genom hela vårdkedjan har mestadels varit uppskattat hos kvinnorna. De har upplevt vården som tillgänglig, framförallt med hänseende på möjligheten till hembesök, och de som har behövt har till stor del fått hjälp för sin förlossningsrädsla. Negativa upplevelser som framkom handlar främst om brister i information och att vården då upplevts som ostrukturerad.

8.1 Metoddiskussion

8.1.1 Vald metod

Då syftet med studien var att undersöka hur kvinnorna som fått vård i caseload-projektet Min Barnmorska upplevde sin vård valdes kvalitativ enkätstudie med innehållsanalys som metod.

Kvalitativ innehållsanalys valdes därför att den fokuserar på ämne och kontext och betonar variation och mönster, till exempel likheter inom och olikheter mellan innehållet i texten (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

8.1.2 Urval

Urvalet till studien utgjordes av hela populationen som fått vård i Min Barnmorska under den aktuella tidsperioden. Anledningen till att kvinnor före 1 april inte ingår i studien var att enkäterna inte började skickas ut förrän då, av logistiska skäl i den helt nya organisationen. Valen av deltagare påverkar en studies *giltighet*. För ökad giltighet ska urvalet bestå av deltagare som har erfarenhet av det studerade fenomenet och lyfta fram de karaktärsdrag som är typiska för den grupp som ska utforskas (Graneheim & Lundman 2017). Eftersom deltagarna i vår studie alla har fått vård i projektet Min Barnmorska så är de lämpliga för att delta i en studie om upplevelserna av just det projektet och det ökar vår studies giltighet. Ett fåtal av deltagarna fick inte föda sitt barn i projektet på grund av till exempel medicinska skäl för planerat kejsarsnitt eller att det var fullt på det aktuella sjukhuset, men de fick då ändå eftervården via projektet med hembesök och efterkontroll. Vi har haft en diskussion kring huruvida de eventuellt skulle exkluderas från studien, men eftersom de fortfarande har värdefulla erfarenheter av vården under graviditet och efter förlossningen så har vi låtit dessa vara fortsatt inkluderade, detta kan möjligtvis vara negativt för studiens giltighet.

8.1.3 Datainsamling

Som datainsamling till denna studie har på förhand insamlat material använts. Det är både en styrka och en svaghet. Styrkan med att få ta del av redan insamlat material är att det gav oss möjlighet att ta del av ett stort material, det hade vi annars inte haft möjlighet till av tidsskäl. Svagheten är att vi då inte kunde påverka urvalet och enkätens utformning. Ett alternativ för datainsamling kunde ha varit att genomföra intervjuer med ett mindre antal av de kvinnor som fått vård i projektet. Ett annat alternativ hade varit att skicka ut egenutformade enkäter till ett begränsat antal av kvinnorna. Vi gjorde dock bedömningen att detta hade varit mer tidskrävande och därmed riskera att vi av tidsskäl inte kunnat samla in tillräcklig mängd data. Då studien utförs som ett examensarbete på en högskoleutbildning så är tiden för utförandet begränsad. Vi anser att en styrka med vår valda datainsamlingsmetod är att deltagarantalet är stort vilket ger en bredd åt materialet och möjlighet att i resultatet beskriva variationer, som kvalitativ innehållsanalys syftar till (Graneheim & Lundman, 2017).

En fördel med att ha använt enkäter som datainsamlingsmetod är att deltagarna haft gott om tid att svara i lugn och ro på frågorna och att "intervjuareffekten" eliminerats. Nackdelen med enkäter är framförallt den uteblivna möjligheten att ställa följdfrågor eller be om förtydligande. Svar som

grundar sig på rena missuppfattningar har alltså inte kunnat korrigeras, vilket kan inverka negativt på *trovärdigheten* (Ejlertsson, 2005).

När det gäller enkätens utformning så är det inte bara frågornas formulering som spelar roll utan även att det ska finnas tillräckligt med utrymme för deltagaren att formulera svaret med sina egna ord. För små utrymmen ger inte förutsättningar för tillräcklig mängd data men ett för stort utrymme kan avskräcka deltagarna om de då tror att de förväntas skriva väldigt utförliga svar, vilket i sin tur kan leda till lägre svarsfrekvens (Malterud 2011). Enkäten som använts i datainsamlingen till denna studie har korrigerats något under datainsamlingsperioden genom att svarsutrymmet har kortat ned, vilket märks på så vis att de deltagare som fått enkäten med mindre plats i större utsträckning valt att fortsätta beskrivningen av sin upplevelse på andra frågor eller i fri text, exempelvis på baksidan. Detta är såklart en svaghet, då det visar att de hade behövt mer utrymme. Positivt är dock att (många av) informanterna valt att berätta utförligt ändå, trots det begränsade utrymmet på enkäten. Det visar att de tycker det är angeläget att svara på enkäten och få dela med sig av hela sitt svar.

Enkäterna har utformats av projektansvarig och omvårdnadsansvarig barnmorska i projektet i syfte att utvärdera vården och få en uppfattning om kvinnornas upplevelse. De kan därmed diskuteras huruvida de utformats i en vetenskaplig kontext. Detta är en svaghet i denna studie. En av dem som har varit delaktig i utformningen av enkäten är dock själv forskare och det är en styrka, jämfört med om vi, som inte har samma forskningserfarenhet, hade utformat frågorna. När vi granskat enkätens utformning med ett kritiskt förhållningssätt upplever vi också att frågorna är formulerade på ett vis som ger förutsättningar för att svaren ska besvara studiens syfte. Detta stärker studiens *validitet*. Trots att detta är en kvalitativ studie är det relevant att diskutera studiens validitet, eftersom den valda metoden för datainsamling är enkäter. Med validitet menas huruvida forskaren mäter det hen avsett att mäta, det vill säga om materialet svarar på syftet (Polit & Beck, 2013). Eftersom enkätfrågorna är utformade av experter på området, och den insamlade datan svarar väl mot syftet har studien hög grad av validitet.

En svaghet med den enkäten som använts är att den inte samlar in mer bakgrundsfakta om deltagarna, såsom ålder, utbildningsgrad och obstetriskt utfall. Den enda statistik vi har är huruvida deltagarna är förstföderskor eller omföderskor vilket får anses vara en viktig, men inte tillräcklig information. Detta påverkar i stor grad bedömningen av studiens *överförbarhet*. Graneheim och Lundman (2017) beskriver överförbarhet som i vilken utsträckning ett material kan överföras till andra grupper eller situationer. Det är läsaren av en studie som avgör om dess resultat är överförbara, men det är vi som ska skapa förutsättningar för den bedömningen och en noggrannare

beskrivning av studiens deltagare hade ökat förutsättningarna för en högt bedömd överförbarhet. Positivt för överförbarheten bör dock vara det stora urvalet, istället för en mindre grupp av de som fått vård i projektet.

Vid enkätundersökningar finns det en klar tendens till överrapportering av positiva beteenden, attityder och värderingar (Ejlertsson, 2005). Risken finns helt enkelt att deltagarna i vår studie av olika skäl fokuserat sina svar på det som de upplevt som positivt. Vi upplever dock att även negativa aspekter av vården har framkommit och är därför av uppfattningen att kvinnorna inte bara rapporterat det de upplevt som positivt, men givetvis måste detta tas i beaktande vid bedömning av studiens trovärdighet. Det bör även tas hänsyn till risken att informanter är ovana att uttrycka sig skriftligt och datainsamlingen därför kan ge en stel version av det deltagaren har att säga. Svaren kan vara svåra att förstå och standarden på svaren kan upplevas ojämn med upprepningar och ofta återkommande ord, som även är formade av deltagarnas kulturella kontext (Malterud, 2011). Med hänsyn till detta anser vi att vårt stora deltagarantal är en styrka eftersom det ökar möjligheten att fånga upp en bredd i människors sätt att uttrycka sig.

8.1.4 Dataanalys

Deltagarna har på enkäten fått uppmaningen att skriva fritt och hur mycket eller lite de vill och det är en stor variation i hur omfångsrika svaren är. Detta stämmer med det som beskrivs i stycket ovan om ojämn standard på svaren, och visar sig i vårt fall genom att en del informanter uttryckt sig fåordigt, med enstaka ord eller många upprepningar. Vi har därför i vår analys fått sälla bort de svar som inte är fylliga nog att besvara studiens syfte. Detta har framförallt varit svar som inte är skrivna i fullständiga meningar. De enstaka orden har då inte tillfört någon ny information utan dess innebörd har funnits med även i de mer utförliga svaren och de har därför inte plockats ut som meningsbärande enheter. Vid genomförandet av kvalitativa studier är det en viktig färdighet att kunna prioritera den text som bidrar till den kunskap som efterfrågas genom att välja ut textelement och filtrera så att avsevärda delar av det ursprungliga materialet läggs åt sidan (Malterud, 2011).

Det finns anledning att kritiskt granska trovärdigheten när enkäter använts som material till en kvalitativ studie. Malterud (2011) beskriver att öppna frågor ur enkäter kan användas som kvalitativ data under förutsättning att analysen utförs på ett korrekt sätt och att svaren på frågorna leder till en text där det är deltagarens röst som ger relevant information och kunskap om det studerade fenomenet. Även Graneheim och Lundman (2017) betonar betydelsen av att identifiera att det är deltagarnas röst som hörs genom materialet för att studiens trovärdighet ska kunna bedömas. I denna studies stora material har textstycken kunnat plockas ut som möjliggör en kvalitativ analys av deltagarnas egna röster.

I kvalitativ forskning är det är vedertaget att samla data tills datamättnad är uppnådd, det vill säga tills en känsla infinner sig av att vidare insamling enbart kommer resultera i överflödig information. När ingen ny information framkommer under analysarbetet har forskarna maximal information om fenomenet och datamättnad är nådd (Moser & Korstjens, 2017b). De vanligtvis små urvalen i kvalitativ forskning beror på olika faktorer såsom mängden information i materialet, urvalsstrategin, deltagarna, datainsamlingsmetoden och fenomenet som ska studeras. Det är forskargruppen som bestämmer när datamättnad uppnåtts. Det viktigaste kriteriet är möjligheten till tillräckligt djup i insamlad data som kan visa på mönster och en variation i materialet samt forma kategorier. Resultatet i denna studie baseras på de första 80 insamlade enkäterna. Då 80 är ett stort deltagarantal för en kvalitativ studie kändes det som ett tillräckligt material att börja med. Många upplevelser har dock återkommit gång på gång så datamättnad har uppnåtts med det material vi haft. Enligt Graneheim & Lundman (2017) fokuserar den kvalitativa innehållsanalysen på variationen i innehållet och det måste finnas tillräckligt med data för att fånga alla variationer av betydelse, vilket vi anser att vi gjort med vår datamängd.

Vi har utfört de olika analysstegen i ständig dialog med varandra kring de tveksamheter vi känt. Vi har kontrollerat våra koder, kategorier och subkategorier i olika omgångar för att verifiera deras abstraktion och placering och våra olika ställningstaganden. Detta ökar vår studies *tillförlitlighet* (Graneheim & Lundman, 2017). En ytterligare åtgärd för ökad tillförlitlighet är att visa logiken i hur kategorier och teman är abstraherade, tolkade och knutna till syftet och till varandra (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017) vilket vi valt att tydliggöra genom att ha tabeller i uppsatsens metoddel som visar exempel på dessa steg. En ytterligare åtgärd för ökad trovärdighet är att uppsatsen under flera tillfällen granskats och diskuterats med utomstående, till exempel vid handledningstillfällen i grupp.

8.2 Etisk diskussion

Allt material har hanterats med respekt för anonymitet och integritet. Vi har gjort överväganden vid val av citat till presentation av resultatet och de citat som på grund av sin formulering möjligtvis skulle kunnat leda till igenkänning har inte använts. Det stora deltagarantalet minskar risken för identifiering eller igenkänning vid läsning av uppsatsen.

Etiska överväganden har gjorts i utformandet av frågeformuläret, med utgångspunkt från de tre etiska principerna. Dessa är att göra gott (att inte skada, skapa obehag eller utnyttja), respekt för mänsklig värdighet (rätten till självbestämmande och information) samt rättvis principen. Dessa

principer har som huvudsakligt syfte att skydda deltagare i forskningsstudier och används ofta i forskning inom hälso- och sjukvård (Polit & Beck, 2013).

Vetenskapsrådet (2002) uttrycker i sina forskningsetiska principer att *forskningskravet* i all forskning måste ställas mot *individskyddskravet*. Detta innebär att samhället och dess invånare har ett berättigat krav på att forskning bedrivs, för att kunskaper ska kunna utvecklas och metoder förbättras. Samtidigt har samhällets invånare ett berättigat krav på skyddad integritet och att inte riskera att utsättas för fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Dessa krav måste alltid vägas mot varandra och inför varje vetenskaplig undersökning ska övertväganden göras av värdet av det förväntade kunskapstillskottet mot riskerna för negativa konsekvenser för deltagarna.

I denna studie informerades kvinnorna som mottog enkäten att deras svar var helt frivilligt, att svaren behandlades anonymt och att de valde själva hur mycket eller lite de ville skriva. De informerades även om syftet med enkäten. Detta i kombination med hur vi sedan behandlat materialet, ställt mot nyttan för samhället av kunskap som möjliggör utveckling av sjukvården gör att studien lever upp till ovanstående krav.

8.3 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka upplevelser hos kvinnor som har fått vård inom projektet Min Barnmorska på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. I studiens resultat har trygghet genomsyrat alla delar. Utöver tryggheten har tre huvudfynd identifierats som kommer att diskuteras nedan.

8.3.1 Att skapa en relation med barnmorskan

I resultatet framkom att kvinnorna upplever att den personliga relationen med barnmorskan var av stor betydelse. Vården upplevdes vara anpassad efter deras behov och önskemål, genom att barnmorskan kände dem och visste vad som var viktigt för den enskilda; detta skapade trygghet hos kvinnorna. Barnmorskan beskrivs som professionell, erfaren, kompetent och även att barnmorskan har gett det lilla extra. Kvinnorna beskriver att relationen har gjort att de känt sig sedda, omtänksamt och lyhört bemötta av sin barnmorska under vårdtiden. Det är i linje med vad Perriman, Davis, Ferguson (2018) finner i sin översiktsstudie; att den personliga relationen mellan kvinnan och barnmorskan är navet i den vårdmodell som har kontinuitet som grund. I föreliggande studies resultat framkom även att kontinuiteten i att få träffa samma barnmorskor under graviditet, födsel och eftervård ingav en känsla av trygghet, vilket flera studier bekräftar. I en australiensisk studie av kvinnors nöjdhet med vården enligt caseload-modell genom graviditet, förlossning och eftervård visades att caseload var associerat med en högre nöjdhet genom alla delar av vårdkedjan. Tydligast var det dock gällande förlossningsvården och eftervård i hemmet (Forster et al, 2016).

Även Williams, Lago, Lainchbury & Eagar (2010) har kommit fram till att caseload-modellen är förknippad med höga nivåer av tillfredsställelse hos kvinnorna. De stödjande relationer med barnmorskor som möjliggörs i ett caseload-system värderas högt av de deltagande kvinnorna.

I vårt resultat framgår att relationen mellan kvinnan och barnmorskan har betytt mycket för kvinnans helhetsupplevelse. Kontinuiteten i caseload midwifery möjliggör en sådan relation, på ett sätt som inte är möjligt inom standardvården i Sverige idag. Att barnmorskan upplevs som lyhörd, omtänksam, tillgänglig och personlig kan tänkas bero på att vårdformen caseload tillåter barnmorskans hela kompetens att komma till sin fulla rätt. I standardvården blir det fler korta möten, nya ansikten och i det sammanhanget kan vården inte ges med samma fokus på den personliga relationen och kontinuitet mellan vårdgivare och vårdtagare. Hildingsson, Westlund och Wiklund publicerade 2013 en svensk tvärsnittsstudie som undersökt utbrändhet hos svenska barnmorskor. Mer än en tredjedel av de som svarade rapporterade någon form av utbrändhet. 30 procent av barnmorskorna hade övervägt att lämna sitt arbete och de främsta orsakerna till det var situationen på arbetsplatsen såsom ont om personal och resurser och hög stressnivå. I Danmark har Jepsen, Mark, Aagaard, Foureur & Elgaard Sørensen (2016) undersökt hur barnmorskor upplever att arbeta i caseload. Barnmorskorna upplever att; att kunna ge vård av hög kvalitet ger hög tillfredsställelse i arbetet. Nackdelar som prestationskrav eller balans med det egna privatlivet vägs upp av känslan av att göra ett meningsfullt och viktigt jobb. Barnmorskorna uppskattar även det självständiga arbetet som caseload innebär. Studiens slutsats är att caseload är en arbetsform med ett inbäddat och oundvikligt engagemang och skyldighet som ger barnmorskans önskan att göra sitt yttersta och i gengäld få uppskattning, socialt erkännande och ett meningsfullt jobb med stor arbetstillfredsställelse. Även i en australiensisk studie av Allen, Kildea, Tracy, Hartz & Tracy (2017) framgår att vårdformen caseload lockar, motiverar och gör det möjligt för barnmorskor att ge det lilla extra för att kvinnor ska känna sig stärkta, omhändertagna och trygga under sin graviditet, förlossning och tiden efter.

Mot bakgrund av detta tror vi att ett utvecklande av caseload-modellen i Sverige skulle gagna både kvinnor, deras familjer och barnmorskor.

8.3.2 Att bearbeta och våga tro på sin egen förmåga

I resultatet framkommer att deltagandet i Min Barnmorska har hjälpt kvinnorna på ett existentiellt/personligt plan. De har fått en tro på sin egen förmåga och blivit stärkta i att känna tillit och tilltro till sin kropp och dess förmågor och funktioner. Det framträder att en utveckling har skett på ett personligt plan. Deltagandet har haft en helande effekt på kvinnorna, och att de har gått stärkta ur upplevelsen av att ha deltagit i Min Barnmorska. Vårt resultat om just caseloads effekt på

kvinnors personliga utveckling och den helande effekten återfinns inte direkt i några andra studier men vissa kopplingar går att göra.

Bland annat så kan denna studies resultat delvis bekräftas i Beake, Acosta, Cooke & McCourt (2013) studie där caseloadbarnmorskan har upplevts vara som en mamma eller syster, en tillitsfull och nära relation har utvecklats och barnmorskan har utöver mödra- förlossnings och eftervård erbjudit känslomässigt stöd vilket har stärkt självförtroende och självkänsla för framförallt unga mödrar. Kvinnorna vågade anförtro sig och berätta saker för barnmorskan som de inte hade pratat om med någon annan. Relationen med barnmorskan beskrevs ha öppnat dörrar inom kvinnorna och relationen har förändrat något i kvinnornas inre liv.

Det som framkommer i vårt resultat återfinns även delvis i Simkins studie publicerad 1991 där kvinnors positiva förlossningsupplevelse och dess påverkan på lång sikt utforskas. Kvinnorna i studien födde barn på 60- och 70-talet och beskriver bland annat att upplevelsen av att föda har påverkat deras självkänsla och självbild för livet. Vissa av kvinnorna beskrev minnen av en vänskaplig relation till personalen som en del av sin positiva förlossningsupplevelse.

Det finns också forskning som visar barnmorskans betydelse för en positiv förlossningsupplevelse och att en positiv förlossningsupplevelse i sin tur gagnar kvinnans psykiska hälsa efter förlossningen (Haga, Lynne, Slinning & Kraft, 2012; Bell & Andersson, 2016; Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). En positiv förlossningsupplevelse främjar kvinnan psykiska välmående och hälsa, men den personliga utvecklingen och det existentiella växandet, den helande effekten som Min Barnmorska har åstadkommit verkar vara ett hittills outforskat område.

Det stöd som gavs i Min Barnmorska, både praktiskt och känslomässigt kan ha hjälpt kvinnorna att känna sig stärkta och att växa. Detta är något som det behövs mer forskning på, hur barnmorskan med sina metoder för stöd, kan underlätta för kvinnan att må bra och bli stärkt i det nya livet efter graviditet och förlossning.

8.3.3 Vårdens tillgänglighet

Kvinnorna beskriver att hembesöken är en stor fördel med att ha varit med i projektet Min Barnmorska. De upplever hembesöken under förlossningens latensfas samt efter förlossningen som tryggt och lyxigt och att det är skönt att slippa åka iväg någonstans under de första sköra veckorna. Särskilt uppskattat beskrivs hembesöken i latensfas då kvinnan upplever det som en trygg förutsättning för att våga vara hemma en längre del av värkarbetet.

Att det är uppskattat att få vård i hemmet efter förlossningen bekräftas av en svensk studie av Johansson, Thies-Lagergren & Wells (2019) där kvinnor skattat mycket hög nöjdhet med hembesök för uppföljning efter förlossningen. Även i en norsk studie av Dahlberg, Haugan & Aune (2016) har det undersökts hur kvinnor upplever hembesök i den tidiga postpartumperioden och deras resultat visar att kvinnorna uppskattar kontinuiteten i att få hembesök av en känd barnmorska och att få samtala om sin förlossning, vilket i hög grad stämmer överens med resultatet i denna studie.

Hur kvinnor upplever hembesök av barnmorska under förlossningens latensfas är ett relativt outforskat område, men Janssen och Desmarais (2013) har via randomisering jämfört kvinnors upplevelse av att få bedömning via telefon vs. med ett hembesök och funnit att kvinnor som får hembesök i stor utsträckning är mer nöjda med sin upplevelse av latensfasen. De upplevde också i högre utsträckning att de kom till sjukhuset i rätt tid. jämfört med dem som fått en bedömning per telefon. I den studien utfördes hembesöken (eller rådgivningen i de fall det blev telefonbedömning) av barnmorskor eller obstetriska sjuksköterskor och kvinnorna hade ingen tidigare relation med den som kom på hembesöket eller gav bedömning och rådgivning på telefon.

Beake et al. (2018) har gjort en litteraturöversikt kring hur kvinnor, stödpersoner och sjukvårdspersonal (främst barnmorskor) upplever handläggning av latensfasen. Den visar att många kvinnor känner sig oförberedda på hur det ska kännas när förlossningen drar igång och att smärtan är svårare att hantera än de förväntat sig, särskilt för förstföderskor. Det beskrivs även att kvinnorna i stor grad önskar att få en vaginal undersökning i latensfasen för att få bekräftelse att förlossningsarbetet har startat och går framåt. Resultatet visar också att barnmorskorna föredrar att se och bedöma kvinnorna i stället för att bara förlita sig på kvinnornas egen beskrivning, samt att även barnmorskorna tycker att vaginala undersökningar i latensfasen kan vara bra för att kunna ge rätt stöd.

Hembesök i förlossningens latensfas för bedömning, rådgivning och stöd är något som uppskattas av kvinnorna, särskilt om det är en bekant barnmorska som utför hembesöket, men även ett okänt ansikte har en viktig uppgift att fylla. Detta bekräftas i denna studie, även om vi måste ta i beaktande att risken finns att kvinnor överrapporterar sina positiva upplevelser och eventuellt utelämnar de negativa när de svarar på enkäten, och stärks av tidigare forskning. Detta är dock ett outforskat område, vilket kan tänkas bero på att det inte förekommer i så stor utsträckning. En ökad förekomst av hembesök skulle kunna vara till fördel för både de födande kvinnorna och sjukvården eftersom det ofta är svårt att bedöma när det är lagom tid för en kvinna att komma in till sjukhusets

förlossningsavdelning och att för tidig inskrivning på sjukhus i latensfasen ökar risken för obstetriska interventioner (Kauffman, Souter, Katon & Sitcov, 2016).

9. Slutsats och klinisk implikation

Kvinnorna upplevde vården i Min Barnmorska i huvudsak som trygg. Detta tack vare kontinuiteten och den personliga kontakten med barnmorskan som kontinuiteten gav, hjälp med eventuell förlossningsrädsla, samt vårdens tillgänglighet. De upplevde även att tiden de ingick i Min Barnmorska gav dem möjlighet till utveckling på ett personligt plan, ett helande på en existentiell nivå, tack vare de förutsättningar vården gav. Denna studies resultat kan bidra till ökad kunskap om kvinnors upplevelse av caseload midwifery i samband med graviditet, förlossning och eftervård i Sverige. Resultatet kan bidra till vårdutveckling och som underlag till fortsatt forskning, och på så vis bli en viktig pusselbit i förståelsen av vad den här vårdformen tillför. Vidare forskning behövs kring caseload i svensk kontext, och kanske särskild kring vad möjlighet till hembesök under latensfasen kan ha för nytta för både individ och samhälle.

10. Referenser

- Ahlberg, M., Nordlund, E., Uustal, E. & Algovik, M. (2019, 18 oktober). Sverige har en bra och säker förlossningsvård. *Läkartidningen*. Hämtad från <https://www.lakartidningen.se>
- Allen, J., Kildea, S., Tracy, M., Hartz, D. L. & Tracy, S. K. (2017). The motivation and capacity to go 'above and beyond': Qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO randomised controlled trial of caseload midwifery. *Midwifery*, 50, 148–156. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.012>
- Allen, J., Kildea, S., Tracy, M. B., Hartz, D. L., Welsh, A. W., & Tracy, S. K. (2019). The impact of caseload midwifery, compared with standard care, on women's perceptions of antenatal care quality: Survey results from the M@NGO randomized controlled trial for women of any risk. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 46(3), 439–449. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/birt.12436>
- Beake, S., Acosta, L., Cooke, P., & McCourt, C. (2013). Caseload midwifery in a multi-ethnic community: The women's experiences. *Midwifery*, 29(8), 996–1002. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2013.01.003>
- Beake, S., Chang, YS., Cheyne, H., Spiby, H., Sandall, J. & Bick, D. (2018) Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 57, 69–84. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2017.11.002>
- Bell A.F. & Andersson E. (2016) The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Bjurwald, L. (2019) *BB-krisen. Sveket vid livets början*. Stockholm: Volante.
- 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*, 7(7), CD003766. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Dahlberg U., Haugan G. & Aune I. (2016) Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Dencker A., Nilsson C., Begley C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H. & Sparud-Lundin, C. (2019) Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth*, 32(2), 99–111. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekbom, M., Ahlberg, M., Falk, P. & Gustafsson, K. (2020). *Verksamhetsberättelse Projekt Min Barnmorska 180901-191231*. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset.
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M.-A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised

controlled trial. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–13. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12884-016-0798-y>

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ Innehållsanalys. I B. H. Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (tredje upplagan s. 219 - 234). Lund: Studentlitteratur.

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.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Green, J. M., Spiby, H., Hucknall, C., & Richardson Foster, H. (2012). Converting policy into care: women's satisfaction with the early labour telephone component of the All Wales Clinical Pathway for Normal Labour. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2218–2228. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1365-2648.2011.05906.x>

Haga, S.M., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2012) A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458–466. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (1 uppl., s 471- 479). Lund: Studentlitteratur

Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C. & Haines, H. (2018). Exploring the Fear Of Birth Scale in a mixed population of women of childbearing age – A Swedish pilot study. *Women and Birth*, 31(5), 407–413. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.wombi.2017.12.005>

Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C. & Haines, H. (2019). Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women and Birth*, 32(1), 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.014>

Hildingsson I., Rubertsson C., Karlström A. & Haines H. (2018) Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 50–55. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.srhc.2018.02.006>

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/10.1016/j.srhc.2013.07.001>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>

Janssen P.A. & Desmarais S.L. (2013) Women's experience with early labour management at home vs. in hospital: a randomised controlled trial. *Midwifery*, 29(3), 190–194. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2012.05.011>

- Jepsen, I., Mark, E., Aagaard Nøhr, E., Foureur, M., & Elgaard Sørensen, E. (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery*, 36, 61–69. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2016.03.002>
- Jepsen, I., Mark, E., Foureur, M., Nøhr, E. A., & Sørensen, E. E. (2017). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women and Birth*, 30(1), e61–e69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.003>
- Johansson M., Thies-Lagergren L. & Wells M.B. (2019). Mothers' experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care-A cross-sectional study. *Midwifery*, 78, 140–149. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2019.07.010>
- Karlstrom, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Karolinska Universitetssjukhuset. (2019). Min barnmorska -caseload Huddinge. Hämtad 2020-01-22 från <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/>
- Kauffman, E., Souter, V.L., Katon, J.G. & Sitcov K. (2016) Cervical Dilation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 127(3), 481–488. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1097/aog.0000000000001294>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. (MFR-rapport 2). Hämtad från <http://infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>
- Moser, A. & Korstjens, I. (2017a) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *European Journal of General Practice*, 23(1), 271–273 <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/13814788.2017.1375093>
- Moser, A. & Korstjens, I. (2017b) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Region Stockholm (2019). *Motion 2017:65 av Håkan Jörnehed (V) om att garanti införs i Stockholms läns landsting om en barnmorska per födande i aktivt förlossningsarbete, s.k. "One to one care"*. Hämtad från <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/regionstyrelsen/arbets--och-personalutskottet/2019/19-februari-2019-apu/p-17-1304.pdf>
- Region Stockholm (2017). *Gemensam riktlinje inom SLL för kontinuerligt stöd under förlossningens aktiva fas*. Hämtad från https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2017/03/Kontinuerligt_stod_20170206.pdf

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*, 4, CD004667. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/14651858.cd004667.pub5>

Simkin P. (1991) Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x>

Sjögren B. (1997) Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 18(4), 266-272. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3109/01674829709080698>

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. (Artikelnummer 2017-4-13). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda. Hämtad 2020-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2017). *Förlossningsrådsla*. (Rapport nr 77). Hämtad från https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet & Svenska Neonatalsektionen. (2013). *Säker vård efter förlossningen. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*. Hämtad från https://www.sfog.se/media/154226/s_ker_v_rd_efter_f_rlossningen_2013.pdf

Vetenskapsrådet. (2002) *Forskningsetiska principer*. Hämtad från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Walsh, D. (1999). An ethnographic study of women's experience of partnership caseload midwifery practice: the professional as a friend. *Midwifery*, 15(3), 165–176. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/s0266-6138\(99\)90061-x](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/s0266-6138(99)90061-x)

Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A., & Eagar, K. (2010). Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. *Midwifery*, 26(6), 615–621. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2009.02.003>

World Health Organization. (2016). WHO recommendation on midwife-led continuity of care during pregnancy. Hämtad 2020-01-29 från <https://extranet.who.int/rhl/topics/improving-health-system-performance/implementation-strategies/who-recommendation-midwife-led-continuity-care-during-pregnancy>

11. Bilagor

Bilaga 1. Enkät



Till dig som vårdats i projektet Min Barnmorska

Hej, Du får det här frågeformuläret för att Du har vårdats under din graviditet och födsel i projektet Min Barnmorska. För att vi ska kunna utveckla vården hoppas vi att du kan tänka dig att svara på några frågor. Enkäten är frivillig och svaren behandlas anonymt. Om du lever i en relation kan du även låta din partner svara om du vill det. Du/Ni får skriva fritt och hur mycket eller lite ni vill.

Tack för att du tar dig tid!

Bästa hälsningar **Marie Ekborn**, projektledare marie.ekborn@sll.se

- 1) Hur hörde du talas om Min Barnmorska?

- 2) Hur var din upplevelse av informationen om Min Barnmorska på hemsida, mm it-kanaler?

- 3) Hur upplevde du vården under din graviditet i Min Barnmorska

- 4) Hur upplevde du vården under din förlossning i Min Barnmorska

5) Hur upplevde du vården efter din förlossning i Min Barnmorska

6) Hur upplevde du som partner vården i Min Barnmorska?

7) Vad tycker du/ni vi kan förbättra i Min Barnmorska

8) Om du är nöjd med vården, vad var i så fall det bästa?

9) Hade du en känd barnmorska med dig på förlossningen?

10) Det här är mitt första barn. Ja_____ Nej_____

11) Jag har haft förlossningsrädsla eller stor oro inför förlossningen Ja_____ Nej_____

12) Jag kan rekommendera Min Barnmorska till en vän? Ja_____ Nej_____

13) Jag kan tänka mig att bli kontaktad för att delta i en vetenskaplig undersökning

Ja_____ Nej_____

Mitt namn och telefonnummer_____

Tack för din medverkan!

Vänligen skicka Era svar i bifogat frankerat kuvert. En sammanställning av enkäten kommer att publiceras på vår hemsida och skickas till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm



www.karolinska.se/minbarnmorska

Bilaga 2. Godkännande från verksamhetschef.



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa

Godkännande av verksamhetschef för datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Karolinska Institutet i Stockholm. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Vår magisteruppsats har som syfte att undersöka upplevelser hos kvinnor som har fått vård inom ramen för projektet "Min barnmorska" på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge under 2019.

Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring hur kvinnor upplever den här vårdformen i Sverige.
För att kunna genomföra detta önskar vi be Er om tillåtelse att ta del av enkätsvar från kvinnor som har vårdats inom projektet under 2019. Enkäter har löpande skickats ut och samlats in av omvårdnadschefer och projektledare för projektet.
Vi ämnar samla och analysera de insamlade svaren.

All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i uppsatsen att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer.

Godkännande

Härmed godkänner jag att Anna Olingdahl och Ulrika Byström får ta del av enkätaterialet som efterfrågats ovan i syfte att genomföra studien.

Namn

Susanne Albertson

Namnförtydligande

Susanne Albertson

Datum och Ort

Stockholm 200211

Examensarbetet utförs under handledning av Helena Lindgren, lektor vid Institutionen för kvinnor och barns hälsa på Karolinska Institutet. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon 073-344 25 99 eller e-mail. Helena.lindgren@ki.se

Med vänliga hälsningar Anna Olingdahl och Ulrika Byström.