



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Barnmorskors upplevelser av att arbeta med caseload midwifery

-en intervjustudie med fem barnmorskor verksamma i Sverige

Midwives' experiences of working with caseload midwifery

-an interview study with five midwives active in Sweden

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2018

Författare:
Constancia Johansson
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent

Evelina Tverin
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Doktorand Katarina Kornaros
Socionom, MSc i Psykologi

Examinator:
Claudia Lampic
Docent i vårdvetenskap

Innehållsförteckning

1. Abstrakt	2
2. Inledning	3
3. Bakgrund	3
3.1. Barnmorskans profession i Sverige- då och nu	3
3.2. Betydelsen av relationen för förlossningsupplevelsen	5
3.3. Caseload midwifery	5
3.4. Tidigare forskning om caseload	6
3.5. Barnmorskors upplevelser av caseload	7
4. Problemformulering	7
5. Syfte	8
6. Frågeställningar	8
7. Metod	8
7.1. Urval	8
7.1.1. Arbetsbeskrivning för de intervjuade barnmorskorna	9
7.1.2. Hur den frilansande barnmorskan arbetar	9
7.1.3. Inklusionskriterier	9
7.2. Genomförande	10
7.2.1. Datainsamling	10
7.2.2. Dataanalys	10
8. Etiska övervägande	11
9. Resultat	12
9.1. De mjukare värdena –de som ej kan mätas	12
9.1.1. Emotionell säkerhet	12
9.1.2. Samspel och kommunikation	13
9.1.3. Kontinuitet	14
9.2. Jouren -utmanar balansen mellan arbetsliv och privatliv	15
9.2.1. Familjeliv	15
9.2.2. Erfarenhet	15
9.2.3. Engagemang och ansvar	16
9.3. En kvinnocentrerad vårdmodell	17
9.3.1. Ett självklart arbetssätt	17
9.3.2. En födande åt gången	17
9.3.3. Barnmorskerollen	17
9.3.4. Reflektion	18
9.3.5. Samarbete med kollegorna -att arbeta med samma filosofi	19
10. Diskussion	19
10.1. Metoddiskussion	20
10.2. Resultatdiskussion	21
11. Slutsats	24
12. Förslag för vidare forskning	24
13. Referenser	25
Bilaga 1. Intervjuguide	28
Bilaga 2. Matris	29
Bilaga 3. Medgivande	32

Tack till vår handledare Katarina Kornaros som väglett oss och givit inspiration och material för att guida oss i förloppet att skriva en magisteruppsats. Dina detaljerade förslag och kommentarer har varit ovärderliga. Vi är tacksamma över det engagemang som visats under våra möten och i kontakt via nätet. Det kontinuerliga stöd vi fått under hela processen har bidragit till en för oss trygg och positiv skrivupplevelse.

Constancia Johansson och Evelina Tverin

1. Abstrakt

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

Bakgrund: Caseload är en vårdmodell med mer kontinuitet än vad standardmodellen för vård under graviditet och förlossning erbjuder i Sverige idag. Studier från andra länder har visat att kvinnor som vårdats enligt caseloadmodellen ofta är nöjda. I Sverige finns caseload på ett fåtal kliniker men intresset växer för att utveckla denna vårdmodell.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva barnmorskors upplevelser av att arbeta med caseload i Sverige.

Metod: En kvalitativ intervjustudie genomfördes med fem deltagare. Tematisk analys med induktiv ansats genomfördes av det insamlade intervjumaterialet.

Resultat: Studien resulterade i tre teman. *De mjuka värdena- det som inte kan mätas:* Vikten av trygghet som skapas genom kontinuitet. *En kvinnocentrerad vårdmodell:* En vårdmodell som utgår ifrån kvinnans behov och som stärker barnmorskerollen. *Jouren- utmanar balansen mellan arbetsliv och privatliv:* Jouren utmanar gränserna mellan arbete och privatliv.

Slutsats: Barnmorskorna i denna studie upplevde att kontinuiteten skapar tillit mellan barnmorskorna och paret som ska föda. Detta underlättade jobbet för barnmorskorna under förlossningen och ökade tillfredsställelsen i arbetet. Trots att jourhavande verksamhet ibland upplevdes påfrestande, tyckte barnmorskorna att den meningsfullhet som uppstod genom kontinuiteten var värt besväret för att få arbeta som barnmorska med en känsla av att göra det på ett genuint sätt.

1. Abstract

Background: Caseload is a care model with more continuity than the standard care model used during pregnancy and delivery in Sweden today. Studies show that women often are satisfied with it. In Sweden, caseload midwifery is offered in few clinics but the interest is growing.

Aim: The aim of the study was to investigate midwives' experiences of working with caseload in Sweden.

Method: A qualitative interview survey was operated with five participants. The interview material was processed according to thematic analysis with inductive approach.

Result: The soft values - those that cannot be calculated: Importance of safety created from continuous care.

A women centered care model: A care model centered around the needs of the woman and that strengthens the role of the midwife. *Duty- challenges the balance between work life and private life.* The duty challenges the boundaries between work and private life.

Conclusion: Midwives in this survey reported that continuity creates trust between the midwife and the couple. This facilitates the work for the midwife during delivery and increases the midwives' work satisfaction. Despite demanding duty work, midwives report that the meaningfulness of continuity is worth the effort and brings a feeling of working genuinely as a midwife.

2. Inledning

Barnmorskeprofessionen hör till det första kvinnodominerade yrket förenligt med en examen. Yrkesrollen har förändrats genom historien och är bidragande till den förstklassiga mödra- och förlossningsvård vi har i Sverige idag (Lundgren, 2017). Vi har som barnmorskestudenter undervisats i hur man kan vara ett gott stöd för kvinnan under födseln samt hur viktigt detta stöd är för kvinnans upplevelse av förlossningen. Att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse underlättar anknytningen mellan mor och barn (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017). Under den verksamhetsförlagda utbildningen på mödrahälsovården har vi stött på oro från kvinnor med frågor som till exempel "tänk om jag och barnmorskan på förlossningen inte kommer överens?" och "tänk om jag inte känner mig trygg när jag ska föda?" Caseload midwifery är ett nystartat projekt på Huddinge sjukhus i Stockholm och med detta väcktes vårt intresse för hur barnmorskor upplever att arbeta inom denna vårdmodell. Caseload midwifery är vanligare i andra europeiska länder och i Australien men praktiseras i Sverige endast av ett fåtal barnmorskor. Utifrån denna information och våra iakttagelser från den verksamhetsförlagda utbildningen uppstod idén till denna uppsats.

3. Bakgrund

3.1. Barnmorskans profession i Sverige, då och nu

Jordemor, hjälpkvinna, vis gumma, häxa eller barnmorska. Kärt barn har många namn och i alla tider har kvinnor hjälpt varandra att föda barn. Få dokument finns gällande förlossningsrummet i historiens begynnelse men barnmorskor har troligtvis alltid funnits i någon form. I en text från århundradet efter Kristi födelse skriven av en läkare beskrivs att det behövs tre hjälpkvinnor för att

en kvinna som föder barn ska förbli lugn under förlossningen. På 1600-talet gjorde naturvetenskapen intrång på förlossningskonsten och läkarna tog plats i förlossningsrummet. Med detta gick förlossningsrummet från att vara hemlighetsfullt till att bli mer öppet. Skolan Collegium Medicum startade denna process i Sverige 1663. De första läroböckerna som behandlar ämnet förlossning innehåller inte bara beskrivningar av handläggning av förlossning utan även barnmorskans roll i mötet med den födande. Barnmorskan bör observera och lyssna, vara tillitsfull, visa medkänsla, vara öppen och flexibel. Hon skulle inte överge någon födande, ha sympati och samtidigt ta professionellt ansvar. Redan på 1600-talet beskrivs det hur kropp och sinne samverkar under förlossning, hur ett så kallat stört sinne kan verka negativt på förlossningsutfallet och hur barnmorskan har en avgörande roll i detta. Den första svenska barnmorskan som examinerades gjorde det i Stockholm 1711 och 100 år senare tillkom ett barnmorskereglemente som gjorde det straffbart att verka som barnmorska utan att vara examinerad. De examinerade barnmorskorna fick länge kämpa mot traditioner och seder trots att de besatt ny medicinsk kunskap vars mål var att rädda mödrar och spädbarns liv. Ute på landsbygden var det vanligt att man höll sig till traditionen och kallade på den kvinna som byn ansågs mest lämplig att närvara vid förlossningar, trots att det fanns examinerade barnmorskor beredda att arbeta. Kvacksalverilagen trädde i kraft 1809 vilket gjorde att kommunerna var skyldiga att anställa examinerade barnmorskor. Trots detta förlöstes i början av 1900-talet cirka 20% av kvinnorna i norra Sverige samt 10% av kvinnorna i södra Sverige fortfarande av en så kallad traditionell barnmorska utan utbildning (Lundgren, 2016). Barnmorskan i Sverige fick också via en hälsoreform 1829 tillåtelse att använda sig av förlossningsinstrument vid komplicerade förlossningar om ingen läkare fanns att tillgå. Mödradödligheten i Sverige var i början på 1900-talet låg i jämförelse med övriga västvärlden på den tiden vilket troligtvis berodde på de kompetenta barnmorskorna som tillsammans med läkarna i Sverige mest arbetade med hemförlossningar (Högberg, 2004). Distriktsbarnmorskan som hon då kallades var anställd av kommunen men när fler och fler började föda på sjukhus skedde en omorganisation av landstingen eftersom det ansågs för dyrt att betala distriktsbarnmorskans lön. Istället ersattes distriktsbarnmorskans profession av de separata yrkesrollerna mödravårdsbarnmorskan och förlossningsbarnmorskan (Dahlin, 2009). Idag erbjuder Sverige en högteknologisk vård men det finns få alternativ till detta. Valmöjligheter som kontinuitet av känd barnmorska, hemförlossning eller förlossning på liten barnmorskeledd klinik är inte en möjlighet för alla i Sverige idag beskrev Hildingsson, Karlström, Haines & Johansson (2016) i en studie med 758 deltagare där syftet var att utforska framtida och nyblivna mammors intresse av vårdmodeller med kontinuitet, hemförlossning eller barnmorskeledda enheter. I kompetensbeskrivning för barnmorskor beskrivs att barnmorskan har kunskap att erbjuda stöd, bejaka kvinnans autonomi och medverkan i vården samt skapa trygghet för den födande kvinnan. Vidare nämns att barnmorskan har kompetens att ge

personcentrerad och kontinuerlig vård (Barnmorskeförbundet, 2018). Socialstyrelsen presenterar i en rapport från förra året stor potential för förbättring av kontinuiteten bland vårdtagande kvinnor under graviditet, förlossning och eftervård. I en bedömning om vård efter förlossning framhålls just avsaknaden av kontinuitet i vårdkedjan (Socialstyrelsen, 2017).

3.2. Betydelsen av relationen för förlossningsupplevelsen

Kontinuitet och hög kvalitet på relationen mellan barnmorskan och den gravida kvinnan var grundläggande element för en positiv förlossningsupplevelse. Barnmorskors medvetenhet om vikten av intrapersonella relationer tenderar att stärka möjligheten av ömsesidighet och kvalitet i relationen. Genom kontinuerlig relation mellan barnmorskan och den födande kvinnan kunde tillit och förutsägbarhet skapas. Det beskrevs även att detta kunde leda till ökat välbefinnande och ge förutsättning för personlig utveckling för kvinnan som individ och hennes partner. Detta kan främja upplevelsen av autonomi för hela familjen (Dahlberg & Aune, 2013).

3.3. Caseload midwifery

I Australien har alternativ utformats för att försöka skapa kontinuitet mellan barnmorskan och den gravida kvinnan. Ett sådant försök var s.k team midwifery som innebar att kvinnan vårdas av en grupp på fyra till tio barnmorskor som tillsammans ansvarade för kvinnans vård under graviditet, förlossning och eftervård. Förutsättningarna för kontinuitet minskade med ökat antal barnmorskor i gruppen men ledde också till större flexibilitet för barnmorskorna och hennes arbetstider. En vidareutveckling av team midwifery var Caseload midwifery som framarbetats med syfte att i större utsträckning säkerställa kontinuiteten mellan den gravida kvinnan och en för henne känd barnmorska, vilket team midwifery-modellen av arbetsmässiga skäl inte alltid kunde uppnå. Caseload midwifery som arbetsform ställde ytterligare krav på barnmorskans flexibilitet visar Forster, Newton, McLachlan & Willis (2016) i en studie av mixad metod med syfte att utforska barnmorskors upplevelser av arbetet på två nya enheter i Australien. Caseload midwifery är en modell för kontinuitet av vården under graviditet, förlossning och eftervård. Modellen innebär att en gravid kvinna ska få vård av en eller ett fåtal, ofta ett par, kända barnmorskor vilka hon under graviditeten utvecklar en relation till (Jepsen, Mark, Ahgaard Nøhr, Foureur, Elgaard Sørensen, 2016). I en studie från Australien beskrevs det att en barnmorska verksam inom caseload midwifery är ansvarig för en patientgrupp, en s.k caseload, på ungefär 40 kvinnor per år. Hon ingår då i ett arbetsteam tillsammans med andra barnmorskor som vid behov täcker upp för och ersätter varandras arbetsinsatser. (Newton, McLachlan, Willis & Foster, 2014). Caseload midwifery beskrevs här skilja sig från standardvård genom nyckeltermerna "namngiven barnmorska", "vårdkontinuitet genom känd vårdgivare" och "autonoma och flexibla arbetsmönster hos

barnmorskorna”. Nära samarbete med barnmorskekollegorna i gruppen är en förutsättning eftersom en barnmorska inte tillåts arbeta längre än 12 timmar under ett pass skriver Hartz, Foureur & Tracy (2012) i en studie med syfte att utvärdera kliniskt resultat av caseloadmodellen mellan år 1990 och år 2000. I Danmark är caseload midwifery en växande arbetsmodell som i någon form implementerats på 61% av de allmänna förlossningsklinikerna. Den typiska modellen där innebar att barnmorskorna arbetade i par efterföljande varandra med en veckas arbetstid och en veckas ledighet. Sammanlagt ansvarade varje heltidsarbetande barnmorska i Danmark för runt 60 gravida kvinnor per år av vilka både hög- och lågriskpatienter omfattas beskrev Jepsen, Mark, Foureur, Nøhr & Sørensen (2016) i en kvalitativ studie med syfte att få utökad kunskap om arbets- och levnadsvillkor för barnmorskor som arbetar med caseload midwifery.

3.4. Tidigare forskning om caseload

I Danmark expanderar caseload-modellen och där har man genom en kvalitativ studie undersökt hur modellen upplevs av den födande och hennes partner (Jepsen, Mark, Foureur, Nøhr & Sørensen, 2017). Studien visade att par upplevde sig behandlade som individer av barnmorskan, inte bara ett anonymt patientnummer. De upplevde också att barnmorskan alltid försökte göra det som var bäst för paret. Eftersom barnmorskan skulle träffa paret efter förlossningen litade de på att hon kunde stå för sina handlingar och beslut under förlossningen. Vidare skriver Jepsen et al. (2017) om betydelsen av att barnmorskan redan innan förlossningen visste vilka önskemål och planer paret hade inför förlossningen och hur det uppskattades av dem. I resultatet av studien presenterades också en välkomnande känsla för paret då de tog kontakt med sin caseload-barnmorska när förlossningen startat. Trots att barnmorskan hade sagt att det bästa var att stanna hemma så länge som möjligt upplevdes det inte avvisande på samma sätt som om en okänd barnmorska på sjukhuset hade givit samma besked på telefon. En nackdel med caseload-modellen som togs upp i studien var att besvikelsen hos det födande paret oftast upplevs stor om den primära barnmorskan inte kunde förlösa beskrev Jepsen, et al. (2017). I en enkätstudie gjord i Sverige där man undersökte intresset av caseloadmodellen hos gravida kvinnor fann man att ca 50% av kvinnorna har intresse av att få den typen av vård istället för standardvård (Hildingsson, Karlström, Haines, Johansson, 2015). Kvinnorna i studien tillfrågades kvinnorna vid två tillfällen under sin graviditet samt två månader efter att barnet fötts angående alternativa modeller till standardvård. I tidig graviditet uppgav ca 50% av kvinnorna att de var intresserade av att ha samma barnmorska under både graviditet, förlossning och eftervård. När kvinnorna tillfrågades i mitten av graviditeten uppgav yngre kvinnor, förstföderskor, förlossningsrädda samt ensamstående i större utsträckning att de skulle vara intresserade av en vårdmodell med kontinuitet under hela vårdkedjan. Efter förlossningen uttryckte kvinnor med förlossningsrädda större önskan om att få träffa samma barnmorska under hela

vårdkedjan (Hildingsson et al. 2015). I en annan svensk studie som genomfördes i mellersta Sverige undersöktes om caseloadmodellen kunde ha positiv inverkan på förlossningsrädsla (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines 2018). Resultatet visade att av de kvinnor som förlöstes av samma barnmorska som de fått träffa på mödravårdscentralen under graviditeten, vilket var åtta av tio stycken, upplevde alla att rädslan lättade eller försvann helt (Hildingsson et al., 2018).

I Australien utfördes en randomiserad kontrollerad studie för att jämföra upplevelsen av barnafödande hos kvinnor. Totalt randomiserades 2314 kvinnor som inte tillhörde riskgraviditet till att få standardvård eller kontinuerlig vård. Via ett uppföljningsformulär två månader efter förlossningen påvisades det att kvinnorna som vårdats med kontinuitet var nöjdare med sin förlossningsupplevelse än kvinnorna som fått standardvård. (McLahlan, Forster, Davey, Farrel, Flood, Shafiei & Waldenström, 2015). Caseload som ekonomiskt hållbar vårdmodell har utvärderats i en studie av Tracy et al. (2013) som i en randomiserad kontrollerad studie undersökte kliniska och ekonomiska utfall av caseload midwifery för kvinnor oavsett förekomst av riskfaktorer under graviditet. Den visade att caseload är en arbetsmodell som både var säker och ekonomisk och mer kostnadseffektiv än standardvård i Australien.

3.5. Barnmorskors upplevelser av caseload

I en studie från Danmark beskrev barnmorskor sitt arbete med caseload vara förknippat med att göra ett bra jobb med stort engagemang. Att arbeta med caseload känns som att arbeta traditionellt “som man gjorde förr i tiden” eftersom man jobbar självständigt och har tillräckligt med tid för att kunna ge högkvalitativ vård till en kvinna som man skapat relation till (Jepsen et al.). I en retrospektiv studie från Australien utformad i två delar där den ena delen utgörs av en autoetnografisk studie där tre barnmorskor som arbetat länge med caseload midwifery beskriver sina upplevelser av arbetsmodellen beskrivs upplevelsen av meningsfullhet i arbetet genom relationsskapandet till kvinnan och familjen (Haines, Baker & Marshall, 2015). I en annan Australiensisk studie jämfördes barnmorskor som jobbar inom standardvård med barnmorskor som jobbar med caseload för att mäta nivåer av upplevd utbrändhet samt känsla av balans i arbetslivet. Efter två års arbete framkom det att de barnmorskor som jobbade med caseload i mindre utsträckning upplevde utbrändhet samt uppgav högre nöjdhet med sitt arbetsliv (Newton et al. 2014).

4. Problemformulering

Med bakgrund av att caseload är en vårdmodell som uppskattas av kvinnor och barnmorskor i andra länder och är förenligt med kostnadseffektivitet, nöjdhet i arbetet och goda utfall på förlossningar finns det ett behov av att undersöka verksamma caseloadbarnmorskor i Sveriges upplevelser av att

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 14 pt, Svenska (Sverige)

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

arbeta enligt den modellen. Det anses av vikt då det i nuläget initierats flera projekt med caseload i Sverige.

5. Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors upplevelser av att arbeta med caseloadmodellen i Sverige.

6. Frågeställningar

Upplever barnmorskan en förändrad roll när hon jobbar med caseload?

Hur upplever barnmorskan relationsskapandet till kvinnan när hon arbetar inom caseloadmodellen?

Hur upplevs balansen mellan arbetsliv och privatliv?

7. Metod

För att svara på syftet gjordes en kvalitativ intervjustudie. I målet med intervjuer i kvalitativ forskning beskrivs skapandet av en situation för ett fritt samtal som kretsar kring förutbestämda ämnen. Kvalitativa metoder syftar till att söka insikt och öka förståelse (Tjora, 2012). För att få djupare förståelse kring forskningsdeltagarnas erfarenheter och upplevelser beskrivs kvalitativ metod som lämpligt enligt Polit & Beck (2016). Kvale & Brinnkman (2015) beskriver att intervjuer kan användas för att beskriva en persons livsvärld, därför användes intervjuer som metod för att svara på syftet.

7.1. Urval

Vi har sökt barnmorskor på sociala medier, bloggar och kontaktat barnmorskeförbundet samt verksamhetschef på Huddinge sjukhus för att få kontakt med barnmorskor som har erfarenhet av att arbeta med caseload i Sverige. Vi fick kontakt med fyra barnmorskor via mail på en och samma enhet samt en frilansande barnmorska via sociala medier. Hon beskriver sitt arbete grundat i caseloadmodellen. Totalt tillfrågades sju barnmorskor verksamma inom landstinget samt en frilansande barnmorska. Av dessa deltog totalt fem. De tre övriga som tillfrågades men tackade nej till att delta gjorde detta med anledning av bristande godkännande från verksamhetschef. De som deltog i studien var fyra barnmorskor anställda på samma mödravårdscentral samt en frilansande barnmorska.

7.1.1 Arbetsbeskrivning för de intervjuade barnmorskorna

Fyra barnmorskor som jobbar med caseloadmodellen på den aktuella enheten. De arbetar i par och har tillsammans ansvar för fyra kvinnor som alla beräknas föda barn under en sexveckorsperiod. Barnmorskorna har jour varannan dag i sex veckor med helger inkluderat. Därefter har de sex veckor fria från jour. Jouren startar klockan sju på morgonen och avslutas klockan tolv på natten. Nattjour ingår ej eftersom sedvanligt mottagningsarbete på mödravårdcentralen fortlöper mellan kl 8 och 17. Om barnmorskorna måste bistå en födande på veckodagarna får kollegorna på mottagningen hjälpas åt och ta över resterande inbokade patienter den dagen. Totalt arbetar tolv barnmorskor på mottagningen. Barnmorskorna som arbetar med caseloadmodellen har en inställetid på en timme under perioder av jour. De gravida kvinnorna som har tillgång till caseloadmodellen är främst de med uttalad förlossningsrädsla. Rädslan uppdagas ofta vid inskrivninssamtalet och efter närmare undersökning då kvinnan skattat sin rädsla på en särskild skala för att mäta förlossningsrädsla. Om kvinnan uttrycker stark förlossningsrädsla ser man efter datering med ultraljud om man har möjlighet att erbjuda vård inom caseloadmodellen till den kvinnan. Är detta möjligt, rings kvinnan upp av enheten och erbjuds vård enligt caseload. Vill kvinnan ta den hjälpen får hon träffa sin caseloadbarnmorska på besöket som sker i tjugonde graviditetsveckan. Kvinnan och hennes partner får i samband med detta även gå en profylaxkurs och träffa den barnmorska som är back-up för caseloadbarnmorskan två gånger under graviditeten. Kvinnan har sedan rätt att kalla in sin barnmorska från graviditetsvecka 37 + 0 dagar till och med graviditetsvecka 41 + 6 dagar.

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt: (Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv, Svenska (Sverige)

7.1.2. Hur den frilansande barnmorskan arbetar

Den frilansande barnmorskan arbetar på så sätt att hon tar privata uppdrag från blivande föräldrar där hon träffar dem under graviditeten ett flertal gånger för att sedan följa med som stöd utan medicinskt ansvar om paret väljer att föda på sjukhus eller genom att hon tillsammans med en frilansande kollega bistår vid hemförlossning. Paret betalar själva för dessa tjänster. Barnmorskan beskriver själv att hon arbetar med caseloadmodellen genom kontinuerlig kontakt med kvinnan under graviditeten och kontinuerlig närvaro under förlossningen. Den här barnmorskan har även en timanställning på en förlossningsklinik i Stockholm.

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt: (Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv, Svenska (Sverige)

7.1.3. Inklusionskriterier

Barnmorskor som arbetat med caseloadmodellen i Sverige och har erfarenhet i den omfattningen att de kan jämföra caseloadmodellen med standardvård. Pratar och förstår god svenska. Barnmorskor som arbetade på kliniker där caseloadprojektet var nystartat vid studiens början inkluderades ej då de ännu inte fått erfarenhet av hela vårdkedjan. Barnmorskor i andra länder exkluderades.

7.2. Genomförande

7.2.1. Datainsamling

Intervjun ägde rum för fyra av deltagarna på deras arbetsplats och för en av barnmorskorna på en allmän plats som intervjupersonen själv valt. Intervjuerna varade i 16-30 minuter. Intervjun genomfördes av en av författarna. Intervjuerna utfördes semistrukturerat och med intervjuguide som mall se bilaga 1. Intervjuguiden skapades med hjälp av hur man skapar struktur i en djupintervju (Tjora, 2012). De första frågorna var av enklare karaktär och ledde sedan in till frågor av mer reflekterande karaktär och avrundades med sammanfattande frågor för att normalisera intervjusituationen. Intervjuguiden gjordes av författarna själva och pilottestades på en person av ett annat yrke. Den sista frågan adderades till intervjuguiden efter första intervjun hade genomförts. Alla intervjupersoner fick de frågor som intervjuguiden innehöll samt ytterligare individuellt anpassade följdfrågor som skulle kunna ge en mer detaljerad bild och ur ett djupare perspektiv svara på syftet. En utav författarna utförde tre intervjuer och den andra utförde två. Intervjun spelades in med hjälp av inspelningsfunktionen på en smartphone.

7.2.2. Dataanalys

Vi har i vår analys av materialet tagit hjälp av en guide för tematisk analys enligt Braun & Clarke (2006). Intervjuerna transkriberades ordagrant och bearbetades sedan av båda författarna. Nyckelfraser extraherades, som i någon mån svarade på frågeställningarna eller kunde ha en betydelse för syftet, och skrevs ner på papper. Båda författarna tog separat ut nyckelfraser ur samma transkriberade intervju så att de nyckelfraser ursprungna i samma intervju representerade en färg. Papprena med de nedtecknade nyckelfraserna klipptes sedan isär i separata lappar, bearbetades genom att läsas av båda författarna flertalet gånger och sorterades därefter in i olika kategorier utifrån vanligast förekommande gemensamma nämnare. Färguppdelningen bidrog till överblick över spridningen av nyckelfraserna bland de olika kategorierna som sedan kondenserades till koder med gemensam underliggande information. Detta underlättade exkludering av nyckelfraser som inte svarade på frågeställning och syfte. Koderna studerades på nytt och bearbetades genom att författarna funderade över om benämningarna gav en så representativ bild som möjligt av de nyckelfraser de omfattade. Nyckelfraserna bearbetades ytterligare en gång av båda forskarna och genom återkoppling till syftet exkluderades de som inte svarade på syftet. En del kategorier föll bort under bearbetningen då en del nyckelfraser visade sig passa bättre in under en annorlunda formulerad kod. Dubletter av utvalda nyckelfraser exkluderades. I denna process kunde också en överskådlig analys göras av omfattningen av forskarnas likheter och olikheter gällande deras uppfattning om vilka nyckelfraser som var viktiga för att svara på syftet. Eftersom

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

färguppdelningen erbjöd en tydlig bild av hur många intervjuer som fanns representerade under varje kod och därmed gav en uppfattning om spridningen bland intervjudeltagarna, kunde nyckelfraser som representerades av två eller färre intervjudeltagare uteslutas. Detta som ett steg i kondenseringen av det material som det inte finns tillräckligt med data för att tillöra ett skapat tema. Detta gjordes i fas 3 och 4 av tematisk analys (Clarke & Braun, 2006). De nyckelfraser som uteslöts var överflödiga eftersom deras innebörd enligt författarnas tolkning återfanns i andra nyckelfraser. Således har inget material av betydelse för studiens syfte uteslutits, utan endast sådant material vars innebörd beskrevs mer utförligt och detaljerat i andra nyckelfraser exkluderades. Detta för att skapa rum åt de mer detaljerade och djupgående beskrivningarna som nyckelfraserna utgjorde. Teman skapades utifrån bearbetning av de koder som kunde kategoriseras under gemensamma nämnare. För att få ett bredare perspektiv på intervjumaterialet lyssnades alla intervjuer åter igenom av båda författarna och diskuterades sinsemellan. När vi ansåg oss färdiga med våra tre teman lyssnades intervjuerna igenom igen för att se om vi kom fram till något annorlunda resultat då materialet studerades överskådligt. Tabell presenteras under resultatet. Matris finns som bilaga 2.

8. Etiska överväganden

Alla intervjudeltagare informerades skriftligen om studiens syfte samt frivilligt deltagande flera dagar innan intervjun ägde rum. Innan intervjutillfället informerades deltagarna om studien både muntligen och skriftligen genom ett samtyckesformulär. Särskild vikt lades vid att muntligen informera om den bristande möjligheten till total anonymitet som ofrånkomligen uppstår genom att andelen barnmorskor verksamma inom caseload i Sverige är liten. Intervjudeltagarna informerades även om att det när som helst går bra att avbryta intervjun, att ingen annan än forskarna kommer att ta del av intervjumaterialet och att materialet samt personuppgifter kopplade till dessa kommer raderas när studien är färdig. Samtyckesformuläret utformades utifrån Codex regler och riktlinjer för forskning (2018). För att behålla anonymiteten bland informanterna har citaten presenterats undertecknade av informant 1-5. En av författarna är anställd på ett sjukhus där verksamhetschefen deltagit i beslutet om uppsatsens ämnesval. Författarnas förförståelse kring ämnet var olika innan studien påbörjades. Den ena författaren hade en mer pessimistisk inställning till vårdmodellen caseload och den andra en mer positiv. När data analyserats har förförståelsen och medföljande personliga perspektiv på ämnet undvikits i största möjliga mån.

9. Resultat

Huvudtema	Undertema
De mjukare värdena -de som ej kan mätas	-Emotionell säkerhet -Samspel och kommunikation -Kontinuitet
Jouren utmanar balansen mellan arbetsliv och privatliv	-Familje -Erfarenhet -Engagemang och ansvar
En kvinnocentrerad vårdmodell	-Ett självklart arbetssätt -En födande åt gången -Barnmorskerollen -Reflektion -Samarbete med kollegor

9.1 De mjukare värdena- de som ej kan mätas

Av barnmorskorna som intervjuades kom temat ”de mjukare värdena” upp som ett genomgående tema. Dessa definierades som essentiella komponenter i vårdmodellen som är svåra att mäta i siffror och statistik, och sammanfattas i orden: *Emotionell säkerhet, Samspel och kommunikation* och *Kontinuitet*.

9.1.1. Emotionell säkerhet

Trygghet beskrevs som målet i arbetet med caseload, både för kvinnan och barnmorskorna som intervjuades. Det upplevdes betryggande för barnmorskorna att lära känna paret innan förlossningen då ett förtroendekapital hunnit skapas som sedan underlättar mötet i förlossningsförloppet. Förtroende upplevdes leda till trygghet som i sin tur skapar lugn för den födande.

”Man bygger upp ett förtroendekapital som barnmorska med paret, man känner sig trygg själv som barnmorska, paret lär känna mig, det är så många barriärer som man gått igenom så när man väl kommer till födseln så finns det redan ett förtroendekapital, man behöver inte ägna energi åt att bygga upp det där, mitt under ett värkarbete.” -informant 5

Vetskapen om detta gör att barnmorskorna kände sig trygga med att möta den födande och hennes partner på förlossningen. De upplevde att de känner till deras behov och tar vid på ett naturligt sätt där deras möte slutade senast. Upplevelsen av att vara en trygghet för den födande upplevdes vara sammanvävt med känslan av att vara barnmorska ut i fingerspetsarna. Betydelsen av att vara barnmorska i en kvinnas liv och tryggheten hon kan skapa för en kvinna i sin roll, inte bara under den fertila perioden och i samband med barnafödandet, utan under hela kvinnans livstid upplevdes också som en beskrivning av att vara barnmorska i caseloadmodellen. Det gav också en trygghet för barnmorskorna att få jobba med både mödravård och förlossning då det gav tillgång till uppdaterad information som barnmorskorna kunde förmedla till kvinnan och hennes partner för att då öka tryggheten hos dem. En av barnmorskorna delade med sig av sin upplevelse av ett för henne negativt utfall på en förlossning som fick avslutas med urakut sectio men som trots detta, efter samtal med paret, fått reda på att de var nöjda med förlossningsupplevelsen då de under hela tiden känt en trygghet eftersom deras caseload-barnmorska fanns närvarande. De intervjuade barnmorskorna beskrev att de oavsett utfall på förlossningen känt sig trygga och att det har upplevt räckt för paret att barnmorskan är närvarande och att hon skapat trygghet bara genom sin närvaro.

-”jag har på nåt vis landat i att det är ju inte jag som föder barnet och jag kan ju inte garantera att det inte händer något under förlossningen”.....”Men jag kan ju lova att jag är där liksom och att jag är den tryggheten. Det är det som dom efterfrågar egentligen, det är ju inte det att dom ska få en perfekt förlossning” -informant 4

9.1.2 Samspel och kommunikation

Det framkom hos alla deltagare att de kände av att ha arbetat med den gravida och hennes partner byggde en relation som hade betydelse för barnmorskorna i studien själv. Det fanns en tro på relationen och att det kan ge mycket i förlossningsarbetet. En barnmorska i studien beskrev att just på grund av att hon kunde bygga en relation hos kvinnan under graviditeten med vetskapen och förhoppningen om att det är hon som kommer att närvara vid förlossningen gav lugn både hos kvinnan och hos henne själv. Hon beskrev mötet med ett nytt par på förlossningen inom standardvård som osäkert, en känsla av nervositet precis innan hon träffade paret då hon kände att det är hennes ansvar att snabbt få paret att känna tillit till henne. Hon upplevde att arbetet kunde kännas mindre meningsfullt för henne om hon inte hade en relation med paret sedan innan. Hon beskrev upplevelsen av att endast känna sig som en sjukvårdsarbetande som hade till uppgift att förlösa när hon jobbade med standardvård på förlossningen. Inom caseload-modellen är just relationsskapandet innan förlossningen det som gör att hon i sitt nuvarande arbete upplever ett lugn innan hon går in i förlossningsrummet. Vidare upplever barnmorskorna i studien att om det redan

finns en etablerad relation med paret upplevdes det ge andra verktyg att jobba med under förlossningen. Arbetet under förlossningen upplevdes enklare då de visste hur paret ville ha det. En barnmorska i studien beskriver att hon upplevde relationen som byggs upp under graviditeten som närhetsskapande mellan henne och paret, att mycket är vunnet när förlossningen sätter igång och att det som tidigare investerats i relationen betalar tillbaka under förlossningen i form av en trygg kvinna och en trygg barnmorska. Svårigheten med att etablera en första kontakt och skapa relation med en kvinna under förlossningen som är smärtpåverkad togs upp av samtliga intervjuade barnmorskor. Att barnmorskorna och kvinnan känner varandra upplevdes lättande innan de träffas i förlossningsrummet. En barnmorska som deltog i studien beskrev att det känns positivt att veta parets behov innan förlossningen även om de kan vara specifika. Att kunna uppfylla dessa önskemål kändes betydelsefullt, hon upplevde att det inger ett förtroende hos den födande och hennes partner. Första mötet mellan barnmorskan och paret på mödrahälsovården upplevdes av intervjudeltagarna skapa en viktig grund för en fungerande relation. Intervjudeltagarna beskrev det som viktigt att tydliggöra tillgängligheten för paret och att de inte kan garanteras en perfekt förlossning på något sätt och att de heller inte kan lova att vara närvarande under födseln om den infaller utanför jourtid eller om barnmorskan skulle vara sjuk. Att tydligt kommunicera detta upplevdes förminska risken för uppkomst av missförstånd och på så sätt stärka förtroendet mellan barnmorskan och paret. Att vara tydlig med att barnmorskans roll genom närvaro är att stärka paret och få dem att känna sig trygga, inte att föda barnet åt dem, upplevdes också vara en viktig aspekt att tydligt kommunicera med paret vid de första mötena på mödrahälsovården.

“att om man då jämför med att bara jobba på förlossningen så träffar man ju okända hela tiden och det är inte så lätt kanske att etablera en kontakt men dom har ont och det är så intensivt hela tiden”- informant 3

9.1.3 Kontinuitet

För barnmorskorna på den här vårdenheten samt den frilansande barnmorskan som deltog i studien upplevdes kontinuiteten som någon de strävat efter att få jobba med även innan möjligheten fanns att börja arbeta utifrån caseload-modellen. Kontinuiteten genom hela vårdkedjan, mödravård, förlossning samt eftervård gav en upplevelse av att vårdkedjan sluts och att det är lättare att se en helhet i arbetet. En förståelse för hur andra faktorer än de medicinska spelar roll för födandet upplevdes berikande. Att få feedback av paret och på så sätt utveckla en djupare relation upplevdes positivt för barnmorskorna i studien. Känslan av att vara unik för kvinnan och hennes partner och inte en i mängden av barnmorskor paret skulle ha träffat om de fått vård enligt standardmodellen, upplevdes göra jobbet mer spännande och inspirerande. Att stanna hos kvinnan tills hon får sitt

barn, ända från första mötet på mödrahjälsvården tills ett eventuellt hembesök, upplevdes viktigt och det beskrevs en önskan hos de intervjuade deltagarna att alla kvinnor borde få tillgång till vård som möjliggör kontinuerlig vårdkedja. Att få vara delaktig under hela vårdkedjan kunde kännas så berikande för barnmorskorna i studien att det kunde upplevas som sorg då denne tvingas säga adjö till familjen på efterkontrollen, att det kändes som att ha fått vara en liten del av familjen.

9.2 Jouren -utmanar balansen mellan arbetsliv och privatliv

Alla barnmorskor som intervjuades var överens om att jouren var det mest negativa med vårdmodellen. Att engagemanget och ansvaret de kände gentemot sina patienter kunde ta upp en hel del tankekraft även under ledig tid. Den här delen av resultatet presenteras i tre delar. *Familjeliv, Erfarenhet, Engagemang och Ansvar.*

9.2.1. Familjeliv

Fyra av fem barnmorskor som deltog i studien har familj som de bor med. Dessa beskrev jouren som en utmaning för privatlivet. De upplevde att de behövde få stöttning från sin partner som kunde behöva anpassa sig utifrån barnmorskans behov av att åka iväg och bistå förlossning under jourtid:

“..och min man blir ju också jour och mina barn alltså saker kretsar ju lätt kring mitt jobb..” - informant 5

Jouren kunde även bidra med en känsla av att vara låst. Utifrån barnmorskornas avtalade inställelsetid på en timme kunde de behöva avstå från gemensamt planerade familjeaktiviteter, i synnerhet om dessa var belägna med stort geografiskt avstånd från förlossningskliniken. Att ha jourfria perioder beskrevs som viktigt för att kunna upprätthålla en sund balans och kunna få återhämtning tillsammans med familjen. Att jouren inte omfattar natten upplevdes lättande. En barnmorska uttryckte att hon inte skulle uppleva vården patientsäker om hon inte hade jourvila samt jourfria perioder. Den barnmorska som är ensamstående med barn som ej bor hemma beskrev jourperioderna som något begränsande men upplevde ändå att hon har det enklare med jourerna än hennes kollegor med familj och barn hemma.

9.2.2. Erfarenhet

Gemensamt beskrivet av samtliga intervjudeltagare är att ju fler gånger man var jour, desto större blev förmågan att kunna koppla bort tankarna på att kanske behöva åka till förlossningen när som helst, och att inte ständigt tänka på jourtelefonen. Men det beskrevs även att förmågan att kunna

koppla bort den oroväckande känslan av att vara jour varierar, beroende på vart man själv befinner sig känslomässigt.

Det beskrevs som en speciell och ovan känsla att vistas i hemmet under arbetstid.

"...Man lever sitt vanliga liv tills det ringer liksom. Man har ju någonstans i bakhuvudet att.. Men det är klart att lite begränsad blir man ju för vi har ju sagt att när dom ringer så har vi 1 timme på oss, inställetid liksom..." -informant 4

9.2.3. Engagemang och ansvar

Det framkom av samtliga barnmorskor som blev intervjuade i den här studien att de känner engagemang och ansvar gentemot sina patienter. Det kunde i vissa fall vara svårt för barnmorskorna att släppa taget under ledighet eftersom de tänkte mycket på sina patienter. En utav barnmorskorna i studien beskrev högt ställda krav på sig själv även höga krav på sig själv och det kunde kännas psykiskt belastande samt ge känslan av dåligt samvete om hon skulle missa en födsel, exempelvis på grund av sjukdom eller om hon ej haft jour under hennes patients förlossningsprocess. Det dåliga samvetet och de höga kraven upplevdes bli lättare att hantera med tiden. En barnmorska som intervjuades beskrev att det var viktigt att ha skillnaden mellan det privata och det professionella ansvaret i åtanke men att det inte alltid var nödvändigt att helt och hållet separera de två. Hon upplevde det svårt att lämna ett par om förlossningen inte blivit som paret önskat och beskrev en känsla av rädsla för att paret ~~skulle varaskulle vara~~ missnöjda. Hon kände att arbetet med caseload-modellen gjorde att hennes arbete kändes mer kravfyllt än om hon jobbade med standardvård. Hon kände större ansvar för att utfallet på förlossningen skulle bli positivt. I början upplevde hon problem med att skapa distans från sitt arbete genom svårigheter med att veta hur hon skulle hantera tex, SMS och telefonkontakt från paret på ledig tid. Även att lämna paret mitt under pågående förlossning om arbetstidens gräns passerat tyckte hon var svårt. Hon upplevde förlossningen som den stora finalen, det som hon inte vill missa.

"Och då var jag kvar då hade jag jobbat tio timmar men då kände jag att jag är kvar på snittet jag gör klart jag måste bara.. jag kan inte gå ifrån dom nu även om jag hade passerat tiden." - informant 3

En annan barnmorska i studien beskrev engagemanget som att så länge hon brinner för yrket är det värt det negativa som kommer med en betydande känsla av ansvar för sina patienter. Hon upplevde det i vissa fall svårt att tillgodose alla behov hos de patienter hon ansåg vara hårt belastade och detta kunde kännas frustrerande. Men så länge hon var motiverad var det värt de extra insatser hon ibland

behövde göra. Energi och passion hämtades från tillfällen då hon lyckades stärka kvinnan och genom små medel uppfylla vissa av hennes behov. Känslan av att vilja hjälpa till så gott som möjligt fanns hos alla de intervjuade barnmorskorna och eftersom de såg att behovet bland kvinnorna att vårdas med kontinuitet var stort kunde de uppleva att de ibland tog på sig för mycket ansvar.

9.3. En kvinnocentrerad vårdmodell

9.3.1. Ett självklart arbetssätt

Att börja arbeta med caseload som vårdmodell upplevdes starkt, naturligt och betydelsefullt. Delaktigheten och engagemanget i hela vårdkedjan kändes rätt och självklart på ett sätt som gjorde att barnmorskorna som arbetade på det här viset inte skulle vilja arbeta på något annat sätt. Det fanns en strävan efter att utveckla konceptet och låta det expandera till en vårdmodell tillgänglig för alla kvinnor som önskar och därmed bli ett valbart alternativ till standardvård.

“Jag upplever att det finns en annan förståelse bland alla, det är att jobba ganska kvinnocentrerat att jobba med caseload, det tycker jag att jag delar med mina kollegor som jobbar på det här sättet... det som förenar oss är att vi jobbar på kvinnors villkor” -informant 5

För en av barnmorskorna blev det självklart att börja arbeta med caseload efter att ha varit delaktig i en hemfödsel. För en annan kändes det naturligt med caseload eftersom hon varit med om att vårdas med kontinuitet då hon själv födde barn. Ytterligare en annan beskrev att nyfikenheten på caseloadmodellen stärktes efter att behovet uttryckts bland gravida kvinnor att veta vilken barnmorska som skulle vara med henne vid förlossningen.

9.3.2. En födande åt gången

Att slippa den frustration det innebär att vara ansvarig för flera födande kvinnor samtidigt och bara få uppleva korta och intensiva möten, upplevdes minska stressen och skapa möjlighet att vara mer närvarande. Ökad närvaro med den födande och hennes partner inne på förlossningsrummet skapade större lugn hos barnmorskorna i studien och detta ledde till ökad tillfredsställelse i arbetet. Det beskrevs som tillfredsställande att få den tid som behövdes tillsammans med paret, kunna fokusera på dem fullt ut och anpassa sig efter deras önskemål.

9.3.3. Barnmorskerollen

Barnmorskerollen inom caseload beskevs skilja sig från standardvård på flera olika sätt. En av barnmorskorna i studien förtydligar att arbetet inom caseload känns som att arbeta som barnmorska

“på riktigt” eftersom hon gavs större möjligheter att jobba med det trygghetsskapande stödet i fokus. Upplevelsen av rollen på förlossningen inom standardvård sattes i kontrast till detta och likställdes snarare med att vara en obstetrisk sjuksköterska. Inom caseload beskrevs barnmorskerollen som mångfacetterad. Att få arbeta med både mödrahälsovård och förlossning upplevdes roligt och värdefullt samt att det gav en annan dimension till jobbet eftersom barnmorskan är uppdaterad på flera av de områden inom professionen hon representerar. En av barnmorskorna beskrev att hon fått större tilltro till sig själv och såg på sig själv med ökad stolthet sedan hon börjat arbeta med caseload. I och med den förstärkta relationen till kvinnan och paret beskrevs också ökad motivation till att få hjälpa kvinnan och paret utveckla styrka hos sig själva. Det ingår i barnmorskerollen att hjälpa paret hitta de verktyg som gör att de bättre kan klara av utmaningar som kan uppstå under graviditet och förlossning, utan att själv vara en huvudperson i arbetet tydliggjorde en av barnmorskorna.

–“man vill inte ta ifrån dem deras egen kraft och energi utan snarare vandra med dem i det där, och stärka lite från sidan”. -informant 2

Barnmorskerollen inom caseload beskrevs som mer hel och fördelaktig för både paret, kvinnan och barnmorskan eftersom första mötet och därmed även starten på relationsskapandet inte behöver börja från början under omständigheter som inom den vanliga förlossningsvården ibland innebär att kvinnan är i mycket smärta och intensivt arbete. Det kändes roligare och mer meningsfullt att jobba med caseload. Att kunna ge den födande kvinnan det stöd hon behöver upplevdes av en av barnmorskorna som något som får henne själv att växa:

”det är utvecklande att se någon annan utvecklas” -informant 1

9.3.4. Reflektion

Att reflektera kring arbetet upplevdes viktigt och ses som en självklar del av arbetsmodellen:

“det är liksom själva arbetsmodellen, reflektion, man träffas ju innan, man hinner prata, man hinner reflektera över det som ska hända, sen träffas man ju efteråt i lugna former och hinner gå igenom det som har hänt. På sjukhus är det bara tur om man råkar hinna med ett postpartumsamtal” -informant 5

Det arbetssätt caseload bygger på upplevdes av barnmorskorna i studien gynna möjligheten att reflektera över sin egen förmåga som barnmorska. Reflektionen beskrevs ske både med kvinnan och

paret och tillsammans med kollegor som en del av barnmorskans kontinuerliga lärande. Det upplevdes ske på ett naturligt sätt, fortlöpande och på ett spontant vis samt organiserat i form av planerade möten. Både kortsiktigt och långsiktigt reflekterande med kollegor spelade en viktig roll. Det gav perspektiv och kunde hjälpa till att lyfta av tunga känslor som barnmorskorna ibland hade om hon haft hand om ett svårt fall eller bar med sig skuld från att ha känt sig otillräcklig i sin yrkesroll. Kollegornas roll i reflekterandet uppstod till viss del genom intresse i varandras olika patientfall.

“Att man får ibland av kollegor, deras syn på situation ibland... och lyfta av en själv lite skuld om det är så att man känner liksom gud skulle jag gjort skulle jag kunna ha gjort på ett annat sätt eller.. ibland kan det ju vara lite.. man ställer lite för höga krav på sig själv också att det ska vara så så bra liksom” -informant 2

9.3.5. Samarbete med kollegorna- att arbeta utifrån samma filosofi

Samtliga barnmorskor upplevde att samarbetet med övriga kollegor som jobbar med samma modell som viktigt för att kunna göra ett bra jobb. De upplevde att de får en stark relation till varandra och att de för stöd i varandra, både med logistik samt om de behöver reflektera över någon arbetsuppgift. Relationen beskrevs barnmorskorna emellan som stark och fin och en form av mentorskap. Att sträva efter samma filosofi upplevdes förena kollegorna och stärka samarbetet, de upplevde att de jobbar kvinnocentrerat, att de jobbar på kvinnans villkor samt för kvinnans bästa. Att tro på deras jobb gör jobbet meningsfullt och att veta att alla strävar efter samma mål stärker den känslan hos barnmorskan. De upplevde ett ansvar mot varandra och kände ett behov av att hjälpa varandra om de till exempel behövde omorganisera planeringen i schemat på arbetet på mödrahälsövården.

10. Diskussion

Barnmorskorna i studien upplevde att caseload främjar deras möjlighet att arbeta utifrån beskrivningen av barnmorskans kompetensområde. Kontinuiteten som caseloadmodellen definieras av skapar tillit mellan barnmorskan och paret som ska föda vilket underlättar arbetet för barnmorskorna under förlossningen och ökar deras tillfredsställelse i sitt jobb. Trots att jourhavande verksamhet ibland upplevs påfrestande och har inverkan på familjelivet, tyckte barnmorskorna att meningsfullheten som uppstår genom kontinuiteten med paret är värt besväret för att få arbeta som barnmorska med upplevelsen av att göra det på ett genuint sätt.

10.1 Metoddiskussion

För att så utförligt som möjligt diskutera metoden användes rekommendationer om intervjudesign, intervjusituation, utskrift, analys och verifiering av Kvale och Brinkmann (2017).

Undersökningspersonerna valdes utifrån tillgänglighet då antalet möjliga intervjudeltagare var få.

Då fyra av fem intervjudeltagare jobbar på samma enhet där caseloadmodellen än så länge endast är tillgänglig för förlossningsrädda ämnar författarna tydliggöra att vi undersökt specifikt hur just arbetet med förlossningsrädda påverkar deras arbete med caseload-modellen, var god se intervjuguide (bilaga 1). Vårdmodellen praktiserades på två mödravårdscentraler i Sverige när studien påbörjades och har under projektets gång även startat på Huddinge sjukhus. Av de två mödravårdscentralerna som redan arbetade med caseloadmodellen tackade en av dessa nej till att medverka. Av denna anledning föll tre möjliga intervjupersoner bort. Fyra barnmorskor återstod att intervjua och dessa jobbade på samma arbetsplats. Med angelägenhet om att inte låta resultatet endast bestå av upplevelser av att arbeta på just denna arbetsplats ville vi inkludera fler som arbetade med samma vårdmodell på andra arbetsplatser och övergick till att söka barnmorskor via barnmorskeförbundet och sociala medier. Vi fick kontakt med ytterligare en barnmorska som enligt egen beskrivning arbetar som frilansande barnmorska enligt samma vårdmodell som barnmorskorna på mödravårdscentralen. Vi fick en beskrivning av hur hon arbetar och valde att inkludera hennes intervju trots de rådande arbetsskillnaderna mellan henne och de andra intervjudeltagarna eftersom hennes roll omfattar den mest framträdande aspekten i caseloadmodellen -kontinuiteten mellan mödrahälsovård och förlossning. Vi ansåg hennes deltagande viktigt för att få någon uppfattning om hur barnmorskor upplever vårdmodellen utanför den arbetsplats där fyra av fem barnmorskor representerades eftersom kulturen på den arbetsplatsen troligtvis har påverkat barnmorskornas upplevelse av att arbeta med caseload. En semistrukturerad intervjueteknik användes för att ge alla intervjudeltagare chansen att svara på samtliga förutbestämda frågor. Personligt anpassade följdfrågor ställdes för att skapa möjlighet att fördjupa svaren och därigenom frambringa fler upplevelser. Semistrukturerad intervju var enligt Kvale & Brinkmann (2017) en passande metod för ändamålet. Intervjusituationen kunde beskrivas som avslappnad då den för fyra utav fem intervjudeltagare ägde rum på deras arbetsplats i en för dem välkänd lokal med lugn instrumentell musik i bakgrunden. En okänd miljö med störande bakgrund hade kunnat försvåra möjligheten för intervjupersonen att slappna av (Kvale & Brinkman, 2017). Intervjuformuläret som användes var skapat av författarna själva utifrån frågeställningarna med hjälp av utformningen av djupintervjuer (Tjora, 2012). Författarna hade ej tidigare erfarenhet av att utforma formulär och trots att det testades på en utomstående person var det en svaghet då ytterligare frågor för att svara på syftet möjligen hade kunnat ställas. För intervjun med den frilansande barnmorskan valdes en offentlig men avskild plats på ett kafé och hennes dotter fanns med som delvis underhölls av den författare

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

som inte ansvarade för intervjun för att det skulle störa så lite som möjligt. Under ett tillfälle stördes intervjudeltagaren av dotterns kallande på uppmärksamhet och intervjun pausades för att sedan påbörjas under mer fokuserade former. Efter alla intervjuer avsattes några minuter för den intervjuande författaren att reflektera över förloppet och skriva ner de mest utmärkande upplevelserna. Dessa reflektioner togs sedan i beaktning vid bearbetning av materialet. Materialet analyserades tematiskt för att få fram ett resultat med olika huvudteman och tillhörande underteman. Den tematiska analysen av intervjumaterial vid bearbetning av kvalitativ data beskrivs som flexibel och de analyserande forskarna själva är instrument i tolkningsprocessen. Genom en kombination av intuitiv materialtolkning och formellt stöd från de sex stegen för en tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) bearbetades och urskiljdes de olika teman resultatet består av. En sådan kombination skapade dels kreativt och öppet tolkande, dels tillgång till riktlinjer som användes som vägvisare i processen. Vi har i studien fått svar på de frågor som vi försökt ställa, vilket kan beskrivas av Tjora (2012) som god validitet. När arbetet analyserats i sin helhet skickades syftet och slutsatsen tillbaka till informanterna för möjlighet att verifiera eller kommentera och komplettera informationen. Av dessa informanter svarade endast två stycken varav den ena bekräftade att det stämde och den andra ansåg att större betoning på första temat borde göras. Författarna ansåg dock att arbetet i sin helhet lyft fram detta tydligt, både genom att låta temat vara omfattande och det i ordningsföljd först presenterade, och därför har inga ändringar gjorts utifrån den synpunkten. En aspekt författarna funderade över i resultatet var det faktum att fyra av barnmorskorna i studien arbetar på samma arbetsplats. Om organisatoriska eller andra verksamhetsrelaterade omständigheter en särskild arbetsplats representerar skulle kunna påverka den beskrivna upplevelsen av caseload är oklart. Detta innebär en begränsning för generaliserbarheten i studien (Tjora, 2012). En större studie med fler arbetsplatser inkluderade skulle kunna svara på den frågan. Det är också av vikt att nämna studiens begränsning med att den inkluderar barnmorskor som aktivt valt att arbeta med caseload. Då vårdmodellen är ovanlig har de barnmorskor som sökt sig till denna typ av verksamhet förmodligen en positiv inställning till den. Att detta i större eller mindre utsträckning har påverkat resultatet är troligt. En aspekt i tillförlitligheten i studien är att en av författarna var mer intresserad av caseload när studien startade vilket enligt Tjora (2012) kan komma att prägla studien.

10.2 Resultatdiskussion

Resultaten i studien bekräftade vad som framkommit i tidigare liknande studier utförda utomlands. Det samstämmiga resultatet som framkom visade hur modellen upplevdes av barnmorskorna som medverkade i studien och kan bidra till en mer hållbar utveckling av framtidens förlossningsvård med anledning att vårdmodellen håller på att implementeras på fler ställen i Sverige.

Formaterat: Inte Färgöverstrykning

De mjukare värdena -de som ej kan mätas

Vår studie visade att samtliga deltagare kändes tilltro till mjuka värden som inte kan mätas i siffror. Dessa motiverade dem i arbetet, stärkte deras känsla av att vara barnmorskor och fick dem att känna sig engagerade i både sina och varandras patientfall och vårdmodellen.

Resultatet visade att nöjdheten med denna arbetsform var stor bland de barnmorskor som deltog i studien. Att som barnmorska bli bekant med kvinnans och parets bakgrund, rädslor och önskemål genom upprepade möten innan förlossningen skapade goda förutsättningar för att veta vad hon kan vänta sig då förlossningen äger rum, eftersom den kontinuerligt byggda relationen skapade förtroende beskrev barnmorskorna i studien. Trots att majoriteten av kvinnorna som barnmorskorna jobbade med erbjöds vård enligt caseloadmodellen på grund av att de hade förlossningsrädsla, tolkar vi inte det som att det skulle vara någon skillnad i deras upplevelser om de arbetat med kvinnor utan förlossningsrädsla. Detta eftersom det i intervjuguiden ställdes öppna frågor där barnmorskorna fick beskriva sin barnmorskeroll där ingen nämnde förlossningsrädsla som en påverkande faktor. Endast då vi direkt frågade om hur just den målgruppen påverkade deras arbete involverades denna patientgrupp i diskussionen om deras upplevelser kring att arbeta med caseload. Tidigare studie av kontinuerligt stöd under förlossningen visade minskat behov av smärtlindring, större chans till spontan vaginal förlossning och minskad missnöjdhet bland de födande kvinnorna (Hodnett et al., 2011) vilket således visade att det finns en positiv effekt av kontinuerliga möten i samband med vård under graviditet och förlossning. Som Hildingson et al. (2015) visade i sin studie finns stort intresse bland kvinnor att vårdas med kontinuitet. Ömsesidigt upplevde barnmorskorna i denna studie ett behov av att kunna kontrollera möjligheten att ge den födande kvinnan det stöd hon behövde. Enligt Thomas (2009) kunde det leda till en negativ upplevelse av barnmorskor om de togs ifrån denna kontroll och därmed skapade det frustration och otillfredsställelse. Att barnmorskorna i vår studie ej behövde påbörja den, som i resultatet framgår så viktiga process av relationsskapande i ett förlossningsrum där kvinnan hon möter för första gången kan vara svårkontaktbar och påverkad av smärta, upplevdes av flera barnmorskor i vår studie som underlättande. Våra intervjudeltagares upplevelser av att arbeta med caseloadmodellen i Sverige liknade upplevelser som bekräftats i tidigare studier utförda utomlands. I Studier från Australien (Haines et al., 2015) och Danmark (Jepsen et al., 2016) beskrevs det hur barnmorskor upplevde meningsfullhet i det relationsskapande som utmärker vårdmodellen och hur de kände stort engagemang i sitt arbete. Relationsskapandet till kvinnan visade sig i dessa studier vara betydelsefullt för både barnmorskan och kvinnan och baserades på kontinuitet som ledde till ömsesidig trygghet. Ett gemensamt mönster hos barnmorskorna vi intervjuade var känslan av tillfredsställelse i att uppleva trygghet hos kvinnan och paret de vårdar och att de var stolta över arbetet de gjorde för att främja denna trygghet. I en studie från 2007 undersökte man hur

barnmorskestudenter upplevde att ge kontinuerligt stöd under förlossningen och resultatet visade att ~~att~~ de upplevde att detta var av stor vikt under förlossningen och att det kändes som att de gjorde något av betydelse (Thorstensson, Nissen & Ekström, 2007).

Jouren -utmanar balansen mellan arbetsliv och privatliv

Balansen mellan arbetsliv och privatliv upplevdes vara det svåraste med att arbeta utifrån caseloadmodellen ansåg barnmorskorna i vår studie. Vi tolkar resultatet som att ökad erfarenhet av arbetssättet förenklade upprätthållandet av denna balans. Barnmorskorna upplevde caseload som en vårdmodell där relationsskapandet förenklade deras arbete och gav dem större tillfredsställelse. De upplevde en givande och utvecklande relation med de gravida kvinnorna samt med kollegorna de jobbar tillsammans med vilket även tidigare studier visat (Jepsen et al., 2016). Vidare likheter med tidigare studier är upplevelser av jouren som tycktes vara den största nackdelen med caseloadmodellen men som trots oförutsägbara arbetstider upplevdes vara värt besväret (Jepsen et al, 2016; Haines et al, 2015). Utmärkande för de barnmorskor i vår studie som valde att arbeta med caseload är att de accepterade den negativa och invaderande påverkan jouren har på familjelivet. De föredrog att arbeta på detta sätt och upplevde stort engagemang och meningsfullhet i sitt arbete. Att känna stor tillfredsställelse med sitt arbete gav en generellt mer positiv syn på sin roll som barnmorska visade ~~en~~ även Stevens & McCourt (2002). Detta stämmer med vad författarna fann i denna studie. Resultatet visade att barnmorskornas arbete med caseloadmodellen tydligt skapade meningsfullhet. Med utgångspunkt i Antonovskys modell för hälsa KASAM -känsla av sammanhang- och dess tre delar meningsfullhet, begriplighet samt hanterbarhet (Antonovsky, 2005) uppfyll~~des~~ därmed en av de viktiga förutsättningarna för hälsa. Även begriplighet kan bekräftas genom den självklarhet barnmorskorna i vår studie beskrev sig uppleva i sitt arbete. Vi tolkade upplevelserna av den extra arbetsinsats som krävdes under jourtid vara värd känslan av helhet som skapades då barnmorskorna fick vara delaktiga i hela kvinnans resa under graviditet, förlossning och eftervård.

En kvinnocentrerad vårdmodell

Barnmorskorna i vår studie beskrev sin arbetsroll med caseload vara mer förankrad i ett genuint sätt att arbeta som barnmorska än arbetet inom standardvård. Vi tolkade det som att barnmorskorna i vår studie fick större möjlighet att använda de förmågor de förvärvat i sin utbildning och som de beskrevs besitta i kompetensbeskrivningen för barnmorskornas profession. Möjligheten att vara stöttande, inge trygghet och bejaka kvinnans autonomi är komponenter som ingår i kompetensbeskrivningen (Barnmorskeförbundet, 2018). Upplevelsen av övergången från att ha arbetat med standardvård till att arbeta med caseload beskrevs som tydlig av barnmorskorna i vår

studie och de kände stark tilltro till modellen. Att känna stolthet över sin yrkesroll beskrevs i en tidigare studie av Wärna, Lindholm & Eriksson (2006) vara en viktig del i att känna tillfredsställelse i sitt arbete. Positivt med vårdmodellen som framkom i en studie av Stevens & McCourt (2002) var möjligheten att kunna utveckla ett förhållande till kvinnan och familjen, känna större autonomi i sitt arbete och känna professionell och personlig utveckling. Tidigare forskning av Hildingsson et al. (2015) visade att många kvinnor är intresserade av en alternativ vårdmodell. Standardvården för kvinnor inom mödra- och förlossningsvård i Sverige idag har brist på kontinuitet (Lundgren, 2016; Barnmorskeförbundet, 2018).

11. Slutsats

Slutsatsen som kan dras av studien är att caseload upplevs som en attraktiv vårdmodell av barnmorskor som själva valt att arbeta så. Ett arbetssätt som upplevs meningsfullt skapar glädje, tillfredsställelse och engagemang. De värdesätter kontinuitet i vården av kvinnor och par under graviditet och förlossning starkt, upplever fler fördelar än nackdelar med arbetsmodellen som helhet och upplever att de arbetar som barnmorskor på ett genuint sätt.

12. Förslag för vidare forskning

Möjligheten för barnmorskor att arbeta med kontinuitet i Sverige idag är begränsad och vidare forskning föreslås därför för att undersöka intresset bland barnmorskor av att arbeta med kontinuitet. Vi skulle föreslå en intervjustudie alternativt en enkätstudie för att undersöka barnmorskors intresse av att arbeta med en alternativ vårdmodell som till exempel caseload för att se om de överensstämmer med de födandes önskemål.

13. Referenser

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. uppl.). Natur & Kultur Akademiska.

Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för barnmorskor*. Hämtad 2018-10-16 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Björkman, S. (2017). Kontinuitet ska ge tryggare mammor. Hämtad 2018-09-16 från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/januari/kontinuitet-ska-ge-tryggare-mammor/>

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. (2017). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology* 3 (2). Pp. 77-101. ISSN 1478-0887. DOI.org/10.1191/1478088706qp063oa

Codex regler och riktlinjer för forskning. (2018). Informerat samtycke. Hämtad 2018-10-23 från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Dahlberg, U., Aune, I. (2013). The woman's birth experience -The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29 (4), pp. 407-415. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>

Dalin, B., Barnmorskeväsendet 1920-1960. Hämtad 2018-09-05 från: http://www.bengtdahlin.se/HoSstoryn1/filer_del_1C/barnmorskor_1920-1960.html

Högborg, U. (2004). The Decline in Maternity Mortality in Sweden: The Role of Community Midwifery. *American Journal of Public Health*, 94 (8). pp1312-1320. DOI: [15284032](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S5-S8)

Forster, D. A., Newton, M., McLachlan, H. L., & Willis, K. (2011). Exploring implementation and sustainability of models of care: can theory help? *BMC Public Health*, 11(5), S8. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S5-S8>

Haines, H., Baker, J., & Marshall, D. (2015). Continuity of midwifery care for rural women through caseload group practice: Delivering for almost 20 years. *The Australian Journal of Rural Health*, (23), 339-345. DOI: [10.1111/ajr.12232](https://doi.org/10.1111/ajr.12232)

Hartz, D., Foureur, M. Tracy, S-K. (2012) Australian caseload midwifery: The exception or the rule. *Women and birth*, 25. pp 39-46. Doi: 10.1016/j.wombi.2011.01.001

Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care- Time to change the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare* (7). pp 27-32. DOI: [10.1016/j.srhc.2015.11.002](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.002)

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). pp 50-55. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.006>

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. (2011) *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.

Jepsen, I., Mark, E., Fourer, M., Nøhr, E.A. & Sørensen, E.E. (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women and birth* (30) pp61-69. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.09.003

Jepsen, I. Mark, E., Aagard Nøhr, E., Foureur, M., Elgaard Sørensen, E. (2016). A qualitative study of hoe caseload midwifery is constituted by danish midwives. *Midwifery* (36) pp61-69. DOI: 10.1016/j.midw.2016.03.002.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). Den kvalitativa forskningsintervjun. (3., uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Lundgren, I. Den svenska barnmorskeprofessionens historia. Lindgren, H., Christensson, K., Dykes., A_K. (Red.). (2016). Reproktiv hälsa –barnmoskans kompetensområde. (1., uppl.). Lund: Studentlitteratur.

McLachlan, HL., Forster, DA., Davey, M-A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström. U. (2015). The effect of primary midwife-led care on women's experiences of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *Intrapartum care*. pp 465-474.Doi: 10.1111/1471-0528.13713

Newton, M. S., McLachlan, H. L., Willis, K. F., & Forster, D. A. (2014). Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 426. <http://doi.org/10.1186/s12884-014-0426-7>

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2016). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Hämtad 2018-09-20 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20592/2017-4-13.pdf>

Stevens, T. & McCourt, C. (2002) ~~One~~ One-to-one midwifery practice part 4: sustaining the model. *British Journal of Midwifery*. Vol.10. (no 3). DOI: 130.229.013.055

~~Tracy, S.K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainebury, A., Bisits, A., White, J., & Tracy, M.B. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for firts time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. BMC Pregnancy & Childbirth (14:46). P 174-179 DOI: 10.1186/1471-2393-14-46~~

Thomas, B.G. (2009). Making a difference: Midwives' experiences of caring for women. *Evidence based midwifery*. Hämtad 2018-10-24 från <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/%E2%80%98making-a-difference%E2%80%99-midwives%E2%80%99-experiences>

Thorstensson, S., Nissen, E & Ekström, A. An exploration and description of swedish midwives' experiences in offering ~~continuous labour~~ support to women/couples. (2007). *Midwifery* 24. P451-459. DOI: 10.1016/j.midw.2007.05.003.

Tjora, A. (2012). Från nyfikenhet till systematisk kunskap -kvalitativ forskning i praktiken. Lund: Studentlitteratur

Tracy, S.K., Hartz, D.L., Tracy, M.B., Allen, J., Forti, A., Hall, B & Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@ango, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9960) 1723-1732. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3)

Tracy, S.K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., White, J., & Tracy, M.B. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy & Childbirth* (14:46). P 174-179 DOI: 10.1186/1471-2393-14-46

Wärna, C., Lindholm, L., Katie Eriksson. (2006). Virtue and health- finding meaning and joy in work life. *Scandinavian Journal of Caring Science*: 21 pp. 191-198. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00455.x>

Bilaga 1.

Intervjuguide

Skulle du vilja berätta om din yrkeserfarenhet som barnmorska?

Hur ser du på din nuvarande barnmorskeroll?

Vart jobbade du innan du övergick till att arbeta med caseload?

Hur kommer det sig att du började jobba med caseload, varför var just du intresserad?

Hur upplevde du övergången från att jobba med standardvård till att jobba med caseload?

Vad betyder det för dig att vara caseload-barnmorska?

Hur skulle du beskriva den målgruppen du jobbar med?

-hur skiljer sig de kvinnorna från den "genomsnittliga kvinnan"?

-hur tror du att det påverkar ditt arbete?

Hur ser du på relationsskapandet till kvinnan du möter i ditt yrke?

Hur upplever du samarbetet med övriga kollegor som arbetar med caseload-modellen?

-är det samarbetet viktigt för dig?

Hur förhåller du dig till PM och riktlinjer på sjukhus när du ska förlösa samt de PM och riktlinjer som finns i caseload-modellen?

Hur upplever du bemötandet från annan vårdpersonal när du ska förlösa en kvinna på sjukhus?

Kan du beskriva hur det känns att vara delaktig i alla delar av vårdkedjan? (mödravård förlossning och eftervård)

Hur upprätthåller du balansen mellan privatliv och arbetsliv?

Hur ser du på handledning i ditt arbete?

Hur ser du på reflektion i ditt arbete?

Vad tycker du är de största nackdelarna med att jobba med caseload?

Vad tycker du är de största fördelarna med att jobba med caseload?

Är det något mer du vill berätta om hur det är att arbeta med caseload?

Bilaga 2

Citat	Koder	Teman
<i>"jag har på nåt vis landat i att det är ju inte jag som föder barnet och jag kan ju inte garantera att det inte händer något under förlossningen"....."Men jag kan ju lova att jag är där liksom och att jag är den tryggheten. Det är det som dom efterfrågar egentligen, det är ju inte det att dom ska få en perfekt förlossning"</i>	Emotionell säkerhet	
<i>"om man då jämför med att bara jobba på förlossningen så träffar man ju okända hela tiden och det är inte så lätt kanske att etablera en kontakt men dom har ont och det är så intensivt hela tiden"</i>	Samspel och kommunikation	De mjukare värdena- de som ej kan mätas
<i>"Jag själv också som barnmorska kan känna att det är otroligt värdefullt att få jobba med alla bitarna"</i>	Kontinuitet	

Citat	Koder	Teman
<i>"...och min man blir ju också jour och mina barn alltså saker kretsar ju lätt kring mitt jobb.."</i>	Familjeliv	Jouren -utmanar balansen mellan arbetsliv och privatliv
<i>"...Man lever sitt vanliga liv tills det ringer liksom. Man har ju någonstans i bakhuvudet att.. Men det är klart att lite begränsad blir man ju för vi har ju sagt att när dom ringer så har vi 1 timme på oss, inställetid liksom..."</i>	Erfarenhet	
<i>"...Man lever sitt vanliga liv tills det ringer liksom. Man har ju någonstans i bakhuvudet att.. Men det är klart att lite begränsad blir man ju för vi har ju sagt att när dom ringer så har vi 1 timme på oss, inställetid liksom..."</i>	Engagemang och ansvar	

Citat	Koder	Teman
<i>“Jag upplever att det finns en annan förståelse bland alla, det är att jobba ganska kvinnocentrerat att jobba med caseload, det tycker jag att jag delar med mina kollegor som jobbar på det här sättet... det som förenar oss är att vi jobbar på kvinnors villkor”</i> <i>“Det är ju den här otroliga stressen som kan vara när man är på förlossningen... att man kan ha tre patienter samtidigt som... alla behöver en samtidigt”</i> <i>“man vill inte ta ifrån dem deras egen kraft och energi utan snarare vandra med dem i det där, och stärka lite från sidan”</i> <i>“Att man får ibland av kollegor, deras syn på situation ibland... och lyfta av en själv lite skuld om det är så att man känner liksom gud skulle jag gjort skulle jag kunna ha gjort på ett annat sätt eller.. ibland kan det ju vara lite.. man ställer lite för höga krav på sig själv också att det ska vara så så bra liksom”</i> <i>“Vi har ju fått en väldigt fin relation tycker jag bara av att vi har liksom arbetat tillsammans med de här kvinnorna och det blir lite närmare relation också”</i>	Ett självklart arbetssätt En födande åt gången Barnmorskerollen Reflektion Samarbete med kollegor- att arbeta utefter samma filosofi	En kvinnocentrerad vårdmodell

Bilaga 3

Medgivande

- Jag har tagit del av informationen kring studien och är medveten om hur den kommer att gå till och den tid den tar i anspråk.
- Jag har fått tillfälle att få mina frågor angående studien besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till med frågor.
- Vi deltar i denna studie helt frivilligt och har blivit informerad om varför vi har blivit tillfrågade och vad syftet med deltagandet är.
- Jag är medveten om att vi när som helst under studiens gång kan avbryta vårt deltagande utan att vi behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till Karolinska Institutet och forskarna att lagra och bearbeta den information insamlas under studien. All data kommer raderas efter studien.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att inga andra än de forskare som är knutna till studien kommer att ta del av det insamlade materialet.

Eftersom det finns få enheter som arbetar på detta sätt i Sverige innebär det avkall på total anonymitet. Jag medgiver härmed att jag är medveten om detta.

Ort..... datum/.... 2018

.....
Namnförtydligande