



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: VK 15

Barnmorskors rutiner vid eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningar i Stockholms läns landsting

En deskriptiv tvärsnittsstudie

Midwives routines at the postnatal check-up at maternity care units in Stockholm county

A descriptive cross-sectional study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2016

Författare:

Linda Svensson

Leg. Sjuksköterska, barnmorskestuderande

Ann-Elise Tammar

Leg. Sjuksköterska, barnmorskestuderande

Handledare:

Mia Barimani

Leg. Bm, Med dr.

Malin Söderberg

Leg. Bm, Med dr

Examinator:

Cecilia Ekéus

Leg. Bm, Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Efter graviditet, förlossning och med ett nytt liv att ta hand om upplever många kvinnor att livet förändras totalt. Forskning har visat att kvinnor behöver stöd inom flera områden i sin nya situation. Eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningen är ett viktigt tillfälle som ger kvinnan möjlighet att tala om sin fysiska och psykiska hälsa samt för att få information och råd i sin nya situation. Det saknas svensk forskning om eftervårdsbesöket och mer forskning behövs både ur ett barnmorske- och patientperspektiv.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors rutiner vid eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningar i Stockholms Läns Landsting, SLL.

Metod

En elektronisk webenkät skickades ut till 340 barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagning i SLL. En kvantitativ tvärsnittsstudie genomfördes.

Resultat

120 barnmorskor besvarade enkäten, vilket motsvarade en tredjedel av de som mottog den. Det visade sig att de ämnen som barnmorskorna i studien ansåg var viktigast att diskutera vid eftervårdsbesöket var förlossningssamtal, preventivmetodsrådgivning, amning/matning, samtal om eventuella underlivsbesvär och psykiskt välbefinnande. Ett annat fynd var att endast hälften eller färre följde vårdgivarguidens rekommendationer om hur besöket skall bokas samt hur många besök som tillhandahålls. Barnmorskorna var bra på att erbjuda kvinnor en vid variation av preventivmetoder.

Slutsats

Det framkommer att barnmorskorna handlägger eftervårdsbesöket på olika sätt vad det gäller hur det bokas och hur många besök som erbjuds. Vad barnmorskorna tycker är viktigt att diskutera vid eftervårdsbesöken förefaller däremot i många ämnen vara lika. I vår undersökning är barnmorskorna samstämmiga om vilka preventivmetoder som rekommenderas till ammande.

Nyckelord: eftervårdskontroll, barnmorskor, barnmorskemottagning,

ABSTRACT

Background

After have gone through pregnancy, childbirth and now having a new life to care for, many women experience that life totally changes. It's been shown that they need support in many aspects of their new situation. The postnatal check-up at the Antenatal Care Unit is important for women as an opportunity to talk about their physical and psychological health and also to get information and advice to make everyday life easier.

Swedish research is lacking in the subject of the postpartum check-up. More research is needed both from a midwife- and a patient perspective.

Aim

The aim of the study was to examine what midwives routines are at the postnatal check-up at Antenatal Care Units in Stockholm County, Sweden.

Method

An electronical survey was sent out to 340 midwives working in Antenatal Care Units in Stockholm County, Sweden. A quantitative cross-sectional study was conducted.

Result

120 midwives answered the survey, which was approximately one third of all recipients. It became clear that what the midwives considered most important to discuss at the check-up was the delivery situation, contraception methods, breastfeeding/feeding, vaginal concerns and psychological well-being. We found that only half or less of the midwives followed the recommendations of "vårdgivarguiden" considering how to book the visit and how many visits to offer. The midwives did well in providing a wide range of contraceptive methods to breastfeeding women.

Conclusion

It is shown in our study that midwives book the postnatal check-up in different ways and that they also differ in how many check-ups they provide to each woman. Midwives seem to agree on which themes is most important to discuss at the check-up. The midwives in our study also seem to think alike considering which contraception method they would recommend to breastfeeding women.

Keywords: Postnatal check-up, midwives, Maternity Care Unit

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Kvinnors fysiska och psykiska hälsa efter förlossning	3
2.1.1 Fysisk hälsa.....	3
2.1.2 Amning.....	3
2.1.3 Sexualitet.....	4
2.1.4 Psykisk hälsa.....	4
2.2 Kvinnans behov av stöd efter förlossning.....	5
2.2.1 Psykosocialt stöd	5
2.2.2 Kvinnors behov att tala om sin förlossningsupplevelse.....	6
2.2.3 Stöd i föräldrarblivandet.....	6
2.2.4 Stöd vid amning.....	7
2.2.5 Stöd vid val av preventivmetod	8
2.3 Eftervårdsbesöket	9
2.4 Problemformulering	9
2.5 Syfte.....	10
2.6 Frågeställningar	10
3. METOD	10
3.1 Urval.....	11
3.2 Enkät	11
3.3 Datainsamling.....	12
3.4 Dataanalys	12
3.4.1 Analys av slutna frågor	12
3.4.2 Analys av öppna frågor	13
3.5 Etiska överväganden.....	14
4. RESULTAT	15
4.1 Hur är rutinerna kring eftervårdsbesöket avseende antal, hur det bokas och vad det innefattar?	15
4.1.1 Hur besöket bokas.....	15
4.1.2 Hur många besök som erbjuds	15
4.1.3 Moment som ingår i eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningarna.....	16
4.2 Vilka rutiner finns för när samtalet om preventivmetoder post partum initieras, och vilka preventivmetoder rekommenderas ammande kvinnor?	19

4.2.1 Initierande samtal om preventivmetod post partum	19
4.2.2 Preventivmetodsrekommendationer till ammande kvinnor	20
4.3 Anser du att rutinerna kring eftervårdsbesöket kan förbättras, i så fall hur?	22
4.3.1 Tid är något som behöver förbättras	22
4.3.2 Rutiner som rör bokningen behöver förbättras	23
4.3.3 Övriga förbättringsområden.....	23
4.3.4 Nej/har just förbättrats	23
5. DISKUSSION	24
5.1 Metoddiskussion.....	24
5.1.1 Datainsamlingen.....	24
5.1.2 Enkätfrågorna	24
5.1.3 Analysen.....	25
5.1.4 Validitet.....	25
5.1.5 Reliabilitet.....	25
5.2 Resultatdiskussion.....	26
5.2.1 Hur är rutinerna kring eftervårdsbesöket avseende antal, hur det bokas och vad det innefattar?	26
5.2.2 När förs första samtalet om preventivmetoder med kvinnan, och vilka preventivmetoder rekommenderas ammande kvinnor?	30
5.2.3 Anser barnmorskorna på barnmorskemottagningarna att rutinerna kan förbättras?	30
5.3 Slutsats	31
5.3.1 Konklusion.....	31
5.3.2 Implikation	32
5.3.3 Förslag på vidare forskning	32
REFERENSER	34
Bilaga 1.....	39
Bilaga 2.....	47
Bilaga 3.....	48

1. INLEDNING

Det är en stor omställning i livet att bli förälder. Att genomgå en graviditet och en förlossning som i slutändan resulterar i att man får ett helt nytt liv att ta hand om kan kännas omvälvande. I samband med att kvinnan blir mamma genomgår hon många fysiska och psykiska förändringar som hon kan behöva stöd i. Vid barnmorskemottagningarna i Stockholms Läns Landsting (SLL) erbjuds eftervårdsbesök till alla kvinnor som fött barn, för att erbjuda stöd och uppföljning av graviditet, förlossning, tiden efter förlossning och den nya föräldrarollen. Det har dock visat sig att endast 65 % av kvinnorna i Stockholm kommer på besöket.

2015 reviderades riktlinjerna för eftervårdsbesöket och det rekommenderas nu att besöket bokas in redan under graviditeten samt att barnmorskorna gärna skall erbjuda två eftervårdsbesök. Vi har funderat på vilka olika rutiner barnmorskor på mottagningar i SLL har vid eftervårdsbesöket och vad de tycker är viktigt att tala med kvinnor om.

2. BAKGRUND

2.1 Eftervårdsbesöket

Enligt regionala riktlinjer i Stockholms läns landsting, SLL, ska en kvinna erbjudas eftervårdsbesök inom 16 veckor efter förlossning. Eftervårdsbesökets syfte är att samtala om upplevelsen kring förlossningen, samt bedöma eventuell förlossningsskada. Man följer upp amning, instruerar kvinnan i bäckenbottenträning och erbjuder samtal och rådgivning kring sexualitet och preventivmetoder. Förslagsvis bokas eftervårdsbesöket in redan under graviditeten, i vecka 35-37, alternativt kontaktas kvinnan efter förlossningen. Besöket bör bokas in till 6-8 veckor post partum. Det kan enligt riktlinjerna med fördel delas upp i två besök där det första innefattar samtal kring förlossningsupplevelse, amningsuppföljning, gynekologisk undersökning och information om bäckenbottenövningar, och det andra gynekologisk undersökning, uppföljning av bäckenbotten, preventivmetoder och levnadsvanor (Storck-Lindholm et al., 2015a).

Enligt årsrapporten från graviditetsregistret 2014 kom 77 % av kvinnorna i Sverige på eftervårdsbesök inom 16 veckor. I Stockholm kom kvinnorna på ett första besök 8,5-9 veckor post partum, men återbesöksfrekvensen var lägst i hela landet, 65 %. De som i lägst utsträckning kom var yngre kvinnor, kvinnor med utbildningsnivå grundskola eller lägre, kvinnor födda utanför Norden, kvinnor som skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig

vid inskrivning, förstföderskor som ej fått föräldrastöd i grupp samt rökande kvinnor (Graviditetsregistret Årsrapport 2014).

Det finns sparsamt med studier om vad barnmorskan gör vid eftervårdsbesöket eller hur kvinnan uppfattar besöket men en studie visar att barnmorskor anser att eftervårdsbesöket är viktigt för att sammanfatta graviditeten och för att avsluta kontakten (Olsson et al, 2011). Dock kände barnmorskorna i denna studie att det var svårt att individualisera besöken på grund av gällande riktlinjer och att det var oklart vad deras arbetsuppgifter vid eftervårdsbesöket egentligen bestod av, och att detta behövde förtydligas.

En annan studie visar att eftervårdsbesöket är viktigt även för kvinnorna, men många upplevde det som för kort och att fokus inte låg på det kvinnan helst velat diskutera. Kvinnorna kände ett stort behov av uppmuntran. De kunde känna sig obekväma med kroppens fysiska förändringar efter graviditet och förlossning kände oro för hur partnern uppfattade deras vagina. Kvinnorna behövde hänsynsfull, professionell rådgivning och uppmuntran vad det gällde deras kropp och deras sexliv. Det var viktigt för dem med ett godkännande från någon professionell försäkra sig om att kroppen var normal, eller i alla fall fungerade som vanligt, igen. Eftervårdsbesöket har visat sig påverka om kvinnorna vågar ta upp sexlivet igen. Barnmorskan eller gynekologen borde vara nyckelpersoner i att ge kvinnan den uppmuntran och försäkran hon behöver (Olsson et al, 2005).

Man har sett att bäckenbottenträning under graviditet och post partum minskar inkontinensbesvären hos förstföderskor, mätt 12 månader efter förlossningen (Leeman & Rogers 2012). Enligt SLL:s regionala riktlinjer är ett av syftena med eftervårdsbesöket att barnmorskan då ska informera om bäckenbottenträning, samt palpera och bedöma bäckenbotten.

Enligt regionala riktlinjer i Stockholms läns landsting ingår det även i eftervårdsbesöket att följa upp kvinnans levnadsvanor vad gäller tobak, alkohol, kost och motion (Storck-Lindholm et al., 2015a).

I en studie av Claesson, Hultgren och Blomberg (2015) undersökte man kvinnors inställning till att diskutera levnadsvanor under besöket på barnmorskemottagningen. En stor del av kvinnorna (72,9 %) i studien angav att ingen vårdgivare förutom barnmorskan diskuterat alkoholvanor med dem under föregående år, och en majoritet (85,5 %) ansåg att samtal kring alkohol var viktigt vid ett rådgivningsbesök. De flesta kvinnorna ansåg inte att samtal kring alkohol, rökning och kroppsvikt upplevdes som integritetskränkande eller pinsamt, och det

ansågs positivt att barnmorskan tog upp detta i samband med preventivmetodsbesöket. Nästan 70 % av kvinnorna ansåg också att hälso- och sjukvårdspersonal hade ett viktigt inflytande vad gällde personliga beslut kring levnadsvanor.

Vid eftervårdsbesöket kan kvinnor även erbjudas att ta cellprov om det förflutit mer än tre år sedan hon sist gjorde det. Cellprov tas för att tidigt kunna upptäcka förstadier till cancer i cervix uteri, och därmed tidigt kunna förhindra att kvinnan insjuknar i cancer.

Cellprovtagningen har visat sig vara en effektiv metod för att minska både mortalitet och morbiditet i cervixcancer. Om cellprovet tas för tidigt efter graviditet kan det visa falska positiva värden (Widmark, 2009). Rekommendationerna kring cellprovtagning är enligt de regionala riktlinjerna att provet kan tas till och med 14:e graviditetsveckan, men inte senare under graviditeten, samt efter 12 veckor post partum. (Storck-Lindholm et al., 2015b).

2.2 Kvinnors fysiska och psykiska komplikationer efter förlossning

2.2.1 Fysiska komplikationer

Webb et al. (2008) har studerat förhållandet mellan den fysiska hälsan och det känslomässiga välmåendet hos kvinnor post partum. Endast en tredjedel av kvinnorna i studien var helt fria från fysiska problem efter graviditet och förlossning. Förekomst av hälsoproblem påverkade i hög grad vissa kvinnors känslomässiga välmående och ju mer besvärande problemet upplevdes desto sämre mådde kvinnan.

Förlossning och graviditet ökar risken för framfall, så kallad prolaps, i underlivet. Prolaps kan bero på flera olika faktorer men skador på bäckenbotten, levatormuskeln, i samband med graviditet och förlossning är en vanlig orsak. Skadorna beror ofta på den extrema uttänjning av vävnaderna som sker under förlossningen. Kvinnor bör uppmuntras till bäckenbottenträning för att stärka muskulaturen så att denna ger stöd åt organen.

Bäckenbottenträning kan lindra framför allt besvär med urininkontinens, vilket är ett vanligt problem hos kvinnor med prolaps (Gunnarsson, J., & Dahlgren, E. 2010).

2.2.2 Amning

Majoriteten av kvinnorna som deltog i en studie ammar sina barn. Amning kan i början kännas påfrestande och vara förenad med en hel del oro, och amningsproblem är vanliga under den första tidens amning. Vanliga problem är bl.a. såriga bröstvårtor, mjölkstockning,

felaktigt tag, för lite mjölk, för hög mjölkproduktion, störd utdrivningsreflex, läckande bröst eller att barnet föredrar flaska efter att ha blivit given det (Kylberg, Westlund och Zwedberg, 2009). Svårigheter med amning den första tiden efter förlossning kan i värsta fall resultera i att kvinnan slutar amma. Enligt Wagner, Chantry, Dewey och Nommsen-Rivers (2013) har upp till 92 % av de kvinnor som ammar någon form av problem med amningen tre dagar efter förlossningen. De största problemen handlade om att få barnet att suga rätt samt om smärta i samband med amningen. Smärtan kunde bero på såriga bröstvårtor eller mastit, men även smärta efter kejsarsnitt eller att barnet bet i bröstvårtan angavs som exempel.

2.2.3 Sexualitet

Enligt en studie av Olsson, Lundqvist, Faxelid och Nissen (2005) upplever många kvinnor minskad eller ingen sexuell lust efter förlossningen. Kvinnans förändrade kropp och hennes känslor inför denna samt trötthet, amning, smärta i samband med sex eller problem i partnerrelationen anges som vanliga anledningar till minskad lust. Att få ett tillfredsställande sexliv efter förlossningen kan vara komplicerat och ska inte tas för givet av den rådgivande barnmorskan. Generellt sett tyckte kvinnorna att det tog lång tid för dem att återfå lusten. Konflikter med partnern gällande sexlivet och stressen det medförde på förhållandet var vanliga bekymmer.

Detta nämner även Leeman och Rogers (2012) i en studie. De säger att vissa kvinnor upplever att det saknas kommunikation och förståelse för detta i partnerrelationen. Vidare beskriver de hur dyspareuni (samlagssmärta) är något som kan drabba kvinnor post partum pga bristningar eller episiotomi (klipp) under förlossningen. Ju större bristning kvinnan drabbats av desto större är risken för dyspareuni. Kvinnor som fått episiotomi drabbades i högre utsträckning än kvinnor som drabbats av en spontan bristning och ju större bristning desto större risk för dyspareuni. Även prolaps av bäckenets organ kan bidra till dysfunktion av kvinnors samliv efter förlossningen, och likaså även urin- och avföringsinkontinens. Utöver detta kan torra slemhinnor i underlivet besvära många ammande kvinnor post partum. Ett eventuellt förlossningstrauma i underlivet påverkar både när sexlivet tas upp igen och sexlivets kvalitet. Rådestad, Olsson, Nissen och Rupertsson (2008) fann att samband finns mellan bristningar/episiotomi och tidpunkten för det första samlaget postpartum.

2.2.4 Psykiska komplikationer

Tiden som följer ett barns födelse kan vara en tid av glädje och tillfredsställelse, men även en tid som karaktäriseras av sårbarhet och ibland kris. Kvinnorna i en studie av Jevitt et al

(2012) upplever en mängd stressfaktorer post partum och vissa av dessa påverkar såväl kvinnans som spädbarnets välmående. Stressfaktorerna kan bestå i kvinnans upplevelse av att ha multipla roller och uppgifter samtidigt som hon lider av sömnbrist, trötthet och oro för barnens hälsa. Andra faktorer som kan utlösa stress och kris är oro för att parförhållandet inte ska fungera, barnets gråt samt oro för ekonomin (Jevitt, Groer, Crist, Gonzalez och Wagner, 2012). Mammans nya fokus, det på barnet, är ett välkänt psykologiskt fenomen i mammans anpassning till mödrskapet (Olsson et al 2005).

Lättare eller svårare postpartumdepressioner drabbar omkring 10% av alla kvinnor. Svåra och obearbetade händelser under graviditet och förlossning kan ha långtgående effekter på kvinnans psykiska välmående och ökar risken för depression senare i livet. En postpartumdepression påverkar inte bara kvinnan utan även partnerrelationen och relationen till barnet. Ett samband finns mellan postpartumdepression, osäker anknytning och försenad kognitiv utveckling hos barnet (Wickberg & Hwang, 2003).

2.3 Kvinnans behov av stöd efter förlossning

2.3.1 Psykosocialt stöd

Sjukvårdspersonal som har hand om nyförlösta kvinnor och deras nyfödda kan erbjuda stöd i postpartumperioden (Jevitt et al., 2012). Kvinnor som får psykosocial eller psykologisk hjälp lider signifikant mindre risk att drabbas av postpartumdepression jämfört med de som får konventionell hjälp. Hembesök av professionell personal, flexibel postpartumvård av barnmorska och telefonbaserat postpartumstöd är exempel på särskilt effektivt stöd (Dennis & Dowswell, 2012).

Negron, Anika, Meital, Balbierz och Howell (2013) menar att socialt stöd är en viktig faktor för att motverka postpartumdepression hos kvinnor. I deras studie uppgav kvinnor att de upplevde en mängd stressfaktorer post partum, och socialt stöd visade sig vara effektivt för att hjälpa dem hantera dessa. Tillgodosågs kvinnornas personliga behov kände de sig mer kapabla att hantera fysiska och känslomässiga stressfaktorer relaterade till postpartumperioden. Det viktigaste stödet låg i det från partnern och den egna mamman, men viktigt var även stödet från övrig familj och släkt samt det från vänner. Om man kan hjälpa kvinnorna att identifiera vilka behov av, och förväntningar på, stöd de har så kan man påverka deras förmåga att mobilisera stöd.

2.3.2 Kvinnors behov att tala om sin förlossningsupplevelse

Syftet med ett postpartumsamtal är att gå igenom förlossningsförloppet, låta föräldrarna få prata om känslomässiga upplevelser, följa upp eventuella traumatiska händelser, hjälpa föräldrarna i samspelet med barnet och fånga upp tecken på att kvinnan eventuellt skulle kunna drabbas av en förlossningspsykos (Ellberg, 2009). Majoriteten av svenska kvinnor som föder barn önskar få ett förlossningssamtal, men enligt Carlgren och Berg (2008) får endast ca 56% detta. Kvinnornas behov av samtalet grundar sig enligt studien i behovet av att förstå vad som hände under förlossningsförloppet, samtala kring negativa upplevelser vad det gäller förlossningspersonalens bemötande, att sätta ord på sina egna känslor och samtala om sitt eget beteende under förlossningen samt att tala om rädslor.

Gamble och Creedy (2009) har i sin studie från Australien visat hur man bäst samtalar med kvinnor som haft traumatiska förlossningsupplevelser och de menar att barnmorskor är de som är bäst lämpade att hålla dessa samtal, till exempel vid eftervårdsbesöket. Det är enligt deras modell viktigt att man är vänlig mot kvinnan, att man bekräftar hennes kunskaper samt att man ställer öppna frågor om förlossningen och att man sedan lyssnar uppmärksamt på svaren och accepterar kvinnans syn på det hela. Vidare kan man samtala med kvinnan kring om det är något hon tycker kunde ha gjorts annorlunda under förlossningen samt hur detta skulle kunde ha påverkat förloppet.

2.3.3 Stöd i föräldrablivandet

Deave, Johnson och Ingram (2008) fann i en studie av 24 kvinnor och 20 partners att föräldrars kunskaper om att bli förälder var bristfälliga. Kvinnor ansåg att de fick stöd i högre utsträckning än män. Föräldrarna uppgav att de hade varit omedvetna om, och överraskade av, förändringarna i parrelationen efter barnets födelse. De hade önskat mer information om föräldraskap, spädbarnsskötsel och förändringar i relationen samt kunskap om partners perspektiv på vanliga problem. De nyblivna föräldrarna i studien kände sig ledsna och förvirrade över att ingen hade pratat med dem om vilka förändringar som kunde ske med relationen. Männen upplevde sig ofta exkluderade på besöken på barnmorskemottagningen då all fokus låg på kvinnan och de tyckte att de själva inte fick information. Många fäder kände sig oförberedda på att ta hand om barnet, både praktiskt och i kommunikationen med barnet.

I en svensk studie av Ahldén, Ahlehagen, Dahlgren och Josefsson (2012) tittade man på blivande föräldrars förväntningar inför föräldrautbildningen. I studien deltog 1117 kvinnor

och 1019 stycken partners. Det som föräldrarna i högst utsträckning önskade hjälp med var att förbereda sig inför föräldraskapet och utbildning i att praktiskt kunna ta hand om barnet, och först därefter kom önskan om förlossningsförberedande utbildning.

Wilkins (2006) fann att barnmorskans stöd var viktigt för föräldrablivandet, men viktigt var även stödet från andra mammor. Barnmorskans roll kan därför vara att sammanföra mammor som skulle kunna stötta och hjälpa varandra. Att bidra som stöd till någon annan kan också hjälpa kvinnan att öka sitt eget självförtroende, att hon dels är expert på sitt eget barn, men också att hon har mycket kunskap.

2.3.4 Stöd vid amning/matning

Kvinnor efterfrågar ibland kontakt med såväl BB, som barnmorskemottagning och barnhälsovård för att få stöd och hjälp med amning. Många kvinnor i en studie saknar en uppföljande kontakt med barnmorskemottagningen efter förlossningen. Kvinnorna i studien tyckte att de under graviditeten utvecklat en fin kontakt med barnmorskan där och hade velat bli kontaktade av denna direkt efter hemkomst för att få en tidig uppföljning (Barimani et al, 2015).

Många kvinnor söker vård för mastit (bröstinflammation) och amningsfrågor vilket visar hur viktigt högkvalitativt amningsstöd är postpartum. Om kvinnor efter förlossning ska skrivas ut tidigt från sjukhusen är det viktigt att de får tillräckligt med stöd den första tiden (Barimani et al., 2013).

Wagner et al. (2013) nämner exempel på stöd som kvinnan kan behöva post partum. Dels handlar det om information för att stärka kvinnans tro på sig själv och på sin förmåga att amma och dels om hjälp med amningsteknik. Vårdpersonalens kunskaper inom amning är något som visat sig ha betydelse för kvinnans amningsutfall men det räcker inte med att enbart undervisa kvinnan i amningsfysiologi och biologi. Man måste även ta hänsyn till hennes totala livssituation samt hennes behov och förutsättningar.

Svensson (2009) skriver att förhållningssättet i amningsrådgivning har gått från att vara tillrättavisande och undervisande till att vara stödjande, lyssnande och vägledande, vilket har varit framgångsrikt för amningsutfallet. I början av graviditeten och strax efter förlossningen är de flesta kvinnorna som mest lyhörda inför de råd de får angående amning.

I en studie av Thomson, Ebisch-Burton och Flacking (2015) studerade man kvinnors känslor av skam inför hur de matade sitt barn. Kvinnor som inte ammade upplevde ofta att

amningsvänliga samtal och negativa gensvar på tillmatning fick dem att känns sig ”näst bäst”, som en ”dålig mor” som ”förnekade” barnet bröstmjolk och ”berövade” det amningen. Negativa reaktioner gentemot kvinnornas kroppar, förmågor och hur de gav sitt barn mat, samt underminerande och olämpliga råd från andra, fick flera av kvinnorna i studien att känna sig otillräckliga. Författarna nämner i sin slutsats att strategier och stöd som tar hänsyn till personliga, kulturella, ideologiska och strukturella hinder kring matning av spädbarn behövs.

2.3.5 Stöd vid val av preventivmetod

Efter förlossningen återkommer kvinnans behov av preventivmedel. Om en kvinna ammar fullt efter en fullgången graviditet är det sällsynt att den första menstruationen föregås av ägglossning. Vid delamning eller tillmatning med flaska kan ägglossning i högre utsträckning föregå menssen, och kvinnan kan vara fertil utan att hon fått signaler om det (Kylberg et al, 2009).

Enligt WHO's riktlinjer bör en kvinna erbjudas en preventivmetod inom 6 veckor efter förlossning, även om hon fortfarande har amenorré (WHO, Programming strategies for postpartum family planning, 2013). Dock finns det idag inga riktlinjer för när en kvinna *borde* börja med en preventivmetod efter förlossningen, utan bara när olika metoder *kan* påbörjas (Rossier, Bradley, Ross och Winfrey, 2015).

Kvinnor som fött barn tillhör den grupp som i lägst utsträckning får sina behov av familjeplanering tillgodosedda. Familjeplanering efter en förlossning är viktigt för att stärka kvinnans rättighet att välja hur många barn hon vill ha och hur tätt hon vill ha dem. Familjeplanering minskar risken för oönskade graviditeter och alla risker förenade med graviditet (framförallt täta graviditeter) och aborter (WHO, Recommendations on postnatal care of the mother and newborn, 2013).

Det är viktigt att kvinnan är informerad om vilka preventivmetoder som finns och hur dessa fungerar. De kvinnor som fått den mest utförliga informationen är också de kvinnor som i högst utsträckning använder en preventivmetod. Flera sociodemografiska faktorer måste adderas till kvinnans obstetriska historia innan man kan finna den metod som passar bäst. Genom att informera om postpartumfysiologi och de olika alternativ till antikonception som finns tillgängliga kan man främja kvinnors reproduktiva hälsa. Även förståelse för kvinnors förväntningar, vad de värderar och föredrar är viktigt, eftersom det sannolikt påverkar deras val. Det är viktigt att man i samtalet med kvinnan frågar henne vad hon redan vet, vilken

motivationsgrad hon har och vad hon föredrar för att kunna erbjuda en optimal preventivmetod till varje individuell kvinna (Di Giacomo, Sbarlati, Bagnasco och Sasso, 2013).

Det finns tre olika typer av preventivmetoder - kombinerade metoder, gestagena metoder och hormonfria metoder. Se figur 1. Enligt Läkemedelverkets behandlingsrekommendationer (2014) för antikonception kan en ammande kvinna använda sig av alla dessa (se tabell 1). Det enda undantaget är kombinerade metoder inom 6-8 veckor efter förlossningen, pga. ökad risk för VTE (venös tromboembolism), vilket gäller såväl ammande som icke ammande kvinnor. Utöver det finns inga restriktioner, om inte kvinnan av andra anledningar bör undvika vissa preparat.

LARC-metoder (Long Acting Reversible Contraception) är effektiva i 3-5 år, beroende på metod, och fertiliteten återkommer så fort metoden avbryts. LAM (Lactation Amenorrhea Method) innebär full amning av ett barn yngre än sex månader och där kvinnan ännu inte fått tillbaka sin menstruation, vilket ger ett högt skydd mot graviditet

NFP (Naturlig Familjeplanering) innebär att man är uppmärksam på kroppens signaler om fertila perioder i menstruationscykeln (Läkemedelsverket, 2014).

Kombinerade metoder (östrogen och gestagen)	Kombinerade p-piller, p-ring, p-plåster
Gestagena metoder	Minipiller, mellandoserade p-piller, p-stav, hormonspiral, p-spruta
Hormonfria metoder	Kopparspiral, barriärmetoder (kondom, pessär, femidom), LAM, NFP, sterilisering
LARC-metoder (Long Acting Reversible Contraception)	Hormonspiral, kopparspiral, p-stav.

Figur 1. Översikt av preventivmetoder

2.4 Problemformulering

Kvinnor upplever många fysiska och psykiska problem efter graviditet och förlossning.

Dessa problem kommer ofta som en överraskning och man är oförberedd på dess följder.

Nyblivna föräldrar kan behöva mycket socialt stöd men även stöd från barnmorskan. Efter att

ha kommit hem från BB finns inte mycket stöd från barnmorskor att tillgå mer än ett eftervårdsbesök.

Vi ser det problematiskt att det i SLL endast är 65% kvinnor som kommer på eftervårdsbesök på barnmorskemottagningen. Det är betydelsefullt för mammans, och även barnets, hälsa och välmående att träffa barnmorskan på barnmorskemottagningen en tid efter förlossningen. Det kan också vara aktuellt att snart efter en förlossning skydda sig mot en ny graviditet, och allt detta sammantaget är viktiga anledningar till varför kvinnor borde komma på eftervårdsbesök.

2.5 Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors rutiner vid eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningar i Stockholms Läns Landsting, SLL.

2.6 Frågeställningar

- Hur är rutinerna kring eftervårdsbesöket avseende antal, hur det bokas och vad det innefattar?
- Vilka rutiner finns kring när samtalet om preventivmetod post partum initieras, och vilka preventivmetoder rekommenderas ammande kvinnor?
- Anser barnmorskorna på barnmorskemottagningarna att rutinerna kan förbättras?

3. METOD

Vi har valt att studera området genom en deskriptiv tvärsnittsstudie, och vi har skickat ut en elektronisk enkät till barnmorskor verksamma på barnmorskemottagning i SLL.

En deskriptiv tvärsnittsstudie studerar ett fenomen hos en studiepopulation vid en tidpunkt. Resultatet kan sedan användas för jämförande studier vid andra tidpunkter eller andra studiepopulationer (Polit och Beck, 2003).

Våra enkätfrågor är en del av en större enkät som arbetats fram tillsammans med sex andra studenter vid Karolinska Institutets barnmorskeprogram, termin 3. Alla studenter utformade sin egen del av enkäten, men i ett samarbete med de andra studenterna.

Vi redogör bara för den del av enkäten som formulerats av oss, för att besvara våra frågeställningar kring eftervårdsbesöket.

3.1 Studiepopulation

Populationen i denna studie var alla barnmorskor verksamma på barnmorskemottagningar inom Stockholms Läns Landsting, både de i privat regi och de landstingsdrivna.

3.2 Enkät

Inför denna studie utformade vi en enkät (se bilaga 1, frågorna som ingår i denna studie omges av en textruta) för att besvara våra frågeställningar. Enkäten innehöll fyra slutna frågor med fasta svarsalternativ och två öppna frågor där barnmorskorna själva fick formulera sina svar. Vi valde att göra en elektronisk enkät för att underlätta datainsamling och dataanalys. Enkäten utformades i Google Formulär.

De slutna frågorna gjordes obligatoriska. Detta för att försäkra oss om att alla genomförde alla frågor och för att undvika svarsbortfall. En av de två öppna frågorna, som rörde preventivmetodsrekommendationer till ammande kvinnor, gjordes också obligatorisk då vi utgick ifrån att alla barnmorskor kunde och borde svara på den. Det var viktigt med många svar för att kunna generalisera mer i resultatet. Den andra öppna frågan, som berörde förslag till förbättringsåtgärder, var däremot inte obligatorisk. Detta för att endast de som hade några förslag behövde svara. Enkäten inleddes med frågor om bakgrundsvariabler såsom ålder, antal år på barnmorskemottagning och antal år av arbete med preventivmetodsrådgivning.

Enkäten arbetades fram gemensamt med de andra studenterna. Frågorna utformades och omformulerades flera gånger för att få till en så välformulerad och tydlig enkät som möjligt. Utomstående personer med stor vana från arbete med enkäter ombads lämna synpunkter på frågorna och enkäten som helhet. Deras synpunkter diskuterades sedan i gruppen och enkätfrågorna reviderades efter dessa i de fall det ansågs berikande.

Innan enkäten gick ut till barnmorskorna testades den i två omgångar på utvalda barnmorskestudenter och barnmorskor i författarnas närhet - i första testomgången på tre personer och i andra testomgången på åtta personer. Efter varje testomgång omarbetades frågorna. Test av frågorna skedde genom kognitiv intervjumetod. Detta innebär att en av enkätförfattarna personligen sitter med testpersonen under testet. Testpersonen ombeds läsa

fråga efter fråga och under tiden tänka högt och ge sina spontana kommentarer på frågornas utformning (Drennan, 2003). På detta sätt får författarna en insikt i läsarens uppfattning av frågorna och frågorna kan sedan korrigeras efter de synpunkter som framkommit i testet.

En av frågorna ändrades. Frågan “Vilken/vilka preventivmetoder rekommenderar du till ammande kvinnor” gjordes om från stängd till öppen. Detta för att testpersonerna ansåg att barnmorskorna kunde styras i sina svar med fasta svarsalternativ.

Enkäten beräknades ta cirka 15 minuter att besvara vilket informerades om innan start.

3.3 Datainsamling

Ett informationsbrev (se bilaga 2) skickades ut tillsammans med enkäten. Brevet informerade om studiens syfte samt uppskattad tidsåtgång för att besvara enkäten.

Utskicket av enkäten gjordes via Stockholms samordningsbarnmorskor, vilka delade upp de olika mottagningarna mellan sig och ansvarade för att skicka ut enkät, informationsbrev och påminnelser till de mottagningar de tilldelats. Totalt ska enkäten ha gått ut till 340 barnmorskor på 65 mottagningar. Det var vid utskick tänkt att barnmorskorna skulle ha två veckor på sig att besvara enkäten. Svarsfrekvensen visade sig en vecka efter utskick vara lägre än förväntat. Bara ca 10-15% av de 340 barnmorskorna hade besvarat enkäten. Vi ringde då upp alla barnmorskemottagningar som mottagit enkäten och påminde om den. Detta för att försäkra oss om att de fått den och för att försöka nå en högre svarsfrekvens. Vi skickade även ut totalt tre påminnelser om enkäten via mail och mot slutet av den andra veckan beslutade vi att vi skulle låta enkäten vara ute en tredje vecka. Påminnelserna gick ut till alla barnmorskor som fått enkäten. Ett meddelande publicerades även i en större grupp för barnmorskor på Facebook, Barnmorska - aktuellt och intressant, för att dra uppmärksamhet till enkäten i ett försök att påverka svarsfrekvensen. De ombads höra av sig om de inte fått enkäten som de borde och de som fått den ombads svara.

3.4 Dataanalys

3.4.1 Analys av slutna frågor

Svaren på de slutna frågorna sammanfattades automatiskt i Google Formulär i antal, procent och cirkeldiagram. Detta kopierades i sin helhet över till Excel där det kodades om till tabeller. Cirkeldiagrammen gjordes därefter om till liggande stapeldiagram då vi tyckte att detta visade resultatet tydligare. Formuläret presenterades även i ett kalkylark där man kunde

se vilka svar varje enskild barnmorska hade lämnat. En barnmorska nämnde i ett svar att hon inte arbetade på barnmorskemottagning, och hennes svar kunde därför genomgående uteslutas i resultatet. Totalt ingår 120 svar därför i presentationen av analys och resultat.

Bakgrundsvariablerna korrigerades i Excel så att alla angavs med antal år (barnmorskans ålder, antal år på barnmorskemottagning och antal år av arbete med preventivmetodsrådgivning). Därefter sorterades detta i stigande ordning och kategoriserades för att göra det överskådligt. Medeltal räknades ut. Under frågorna som handlade om vad som ingår i ett eftervårdsbesök fanns möjlighet att lämna kommentarer under "övrigt" och 27 barnmorskor lämnade kommentarer. Utvalda kommentarer redovisas tillsammans med presentationen av resultatet.

3.4.2 Analys av öppna frågor

Frågan "Vilken/vilka preventivmetoder rekommenderar du till en ammande kvinna?" besvarades av 115 barnmorskor. Två svar uteslöts då de inte svarade på frågan, och totalt 113 svar är med i analysen. Vi valde att analysera svaren på två sätt. I den första analysen delade vi grovt upp preventivmetoderna som finns i tre grupper - kombinerade metoder, gestagena metoder och hormonfria metoder. Vi tittade sedan på svaren, och kunde hitta fem olika spann av metoder som barnmorskorna håller sig inom i sin rådgivning.

1. Kombinerade metoder, gestagena metoder och hormonfria metoder
2. Kombinerade metoder och gestagena metoder
3. Gestagena metoder och hormonfria metoder
4. Endast gestagena metoder
5. Endast hormonfria metoder.

Svaren fördelades i de olika grupperna efter vilka olika metoder deras rådgivning omfattade. I denna analys skedde ett bortfall om 20 svar, där det var oklart vilken/vilka av dessa kategorier av preventivmetoder deras rekommendationer höll sig inom.

De som svarade "allt", "enligt kvinnans önskemål" och "efter individuella behov" tolkade vi som att de rekommenderade preparat/metod från samtliga tre grupper utifrån kvinnans önskemål och/eller behov. Totalt finns 93 svar representerade. Se diagram 2.

Inför den andra analysen kopierades alla svar in i ett Word dokument och lästes igenom. Detta för att få en uppfattning om helheten. I de fall där svaren bestod av specifika rekommendationer av metod och/eller preparat delades de olika preparaten och metoderna upp i grupper, och de preparat och metoder som nämndes fördelades i dessa och summerades. De svar som var av mer ospecifik karaktär kvantifierades i grupper, men så som de angetts i enkäten. Kategorierna som bildades av ospecifika svar var: "Det kvinnan önskar/Allt", "Individuell bedömning/Det som passar henne", "Det hon hade innan", "Hormonella metoder", "Gestagena metoder", "Alla förutom p-spruta/Depo-provera", "P-piller" och "De flesta". Totalt bildade svaren 18 olika kategorier. Vi har i den tredje kolumnen valt att ta med citat av vad som skrivits i fritext. Detta för att vi vill presentera en mer nyanserad bild av hur barnmorskorna arbetar. Se tabell 2.

Svaren på den öppna frågan "Anser du att rutinerna kring eftervårdsbesöket kan förbättras, i så fall hur?" besvarades av 55 barnmorskor och svaren kvantifierades genom gruppering efter innehåll. Svaren kopierades från Google Formulär in i ett Word dokument där vi läste igenom alla svaren upprepade gånger för att få en uppfattning om helheten. Vi färgkodade sedan svaren enligt vilka meningsbärande enheter de hade och olika kategorier med underliggande teman relevanta för frågan som ställdes framkom. Vi plockade också ut citat från barnmorskorna, som exempel på vad som nämnts, för att berika resultatet

3.5 Etiska överväganden

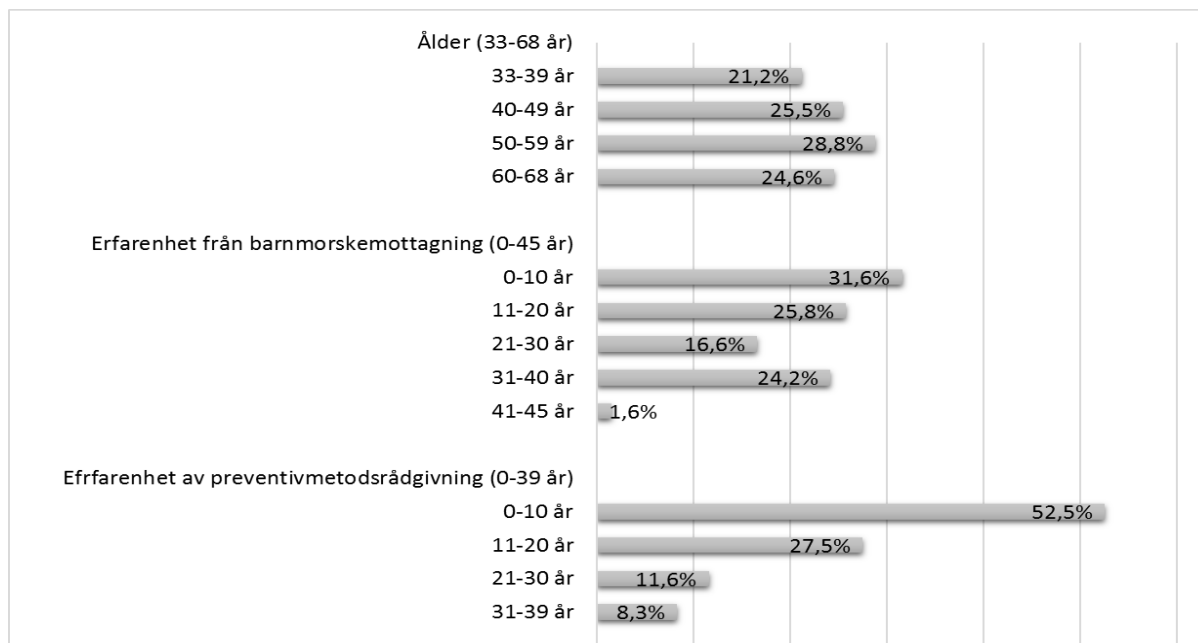
Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, 2§, omfattar inte studentuppsatser på avancerad nivå. Inget etiskt godkännande krävs då studien är ett kvalitetssäkrande arbete på avancerad nivå (Dahmström, 2011). Barnmorskorna som ingår i enkäten har svarat helt anonymt och svaren kommer inte kunna härledas till en enskild individ eller mottagning. De har innan deltagande fått information om undersökningens syfte och att deltagande innebär samtycke till studien.

Möjligen kan det vara ett etiskt dilemma att några barnmorskor som fått enkäten har en personlig relation till några av författarna och på detta sätt känt sig skyldiga att svara. Dock går det inte att härleda några svar till någon enskild person.

4. RESULTAT

Barnmorskorna som besvarade enkäten hade en genomsnittlig ålder på 50 år. I genomsnitt hade barnmorskorna 19,4 års erfarenhet av arbete på barnmorskemottagning och hade arbetat med preventivmetodsrådgivning i 12,4 år. Se diagram 1.

Diagram 1. Bakgrundsvariabler för barnmorskorna som besvarat enkäten (n=120)



4.1 Hur är rutinerna kring eftervårdsbesöket avseende antal, hur det bokas och vad det innefattar?

4.1.1 Hur besöket bokas

Sextiotre barnmorskor, 52,5 %, svarade att besöket bokas redan under graviditeten, och ytterligare sex barnmorskor tog själva kontakt med kvinnan efter förlossningen för att boka en tid. Tillsammans utgör de 58,5% av barnmorskorna vilka svarat att de tar del i ansvaret att boka besöket. Resterande barnmorskor lämnar det till kvinnan att själv höra av sig efter förlossningen för att boka tid till eftervårdsbesöket.

4.1.2 Hur många besök som erbjuds

Av barnmorskorna i studien svarar 61 % att de erbjuder ett eftervårdsbesök, och 38 % svarar att de erbjuder två. En barnmorska svarar att hen erbjuder tre besök eller fler. Hen skriver:

“De får så många eftervårdsbesök som de önskar och behöver. Somliga kommer på ett. Men

de med besvär kan komma på flera ibland upp till 3-4-5 besök. Innan de är välläkta består ju gynundersökningen av att vi inspekterar utan instrument. Klipper knutar, ser hur bristningen ser ut , kollar Hb efter stor blödning, tar bl.tr på de med högt bl.tr , Urinodling vid besvär, bröstproblem etc etc.”

Det är inte bara kvinnans fysiska och psykiska status som avgör hur många besök som erbjuds. Tidsbrist är också en faktor som spelar in. Flera barnmorskor svarar att man behöver flera besök för att hinna med allt som ska göras. En skriver:

“Allt görs inte vid ett tillfälle utan för att hinna med krävs två efterkontroller”

4.1.3 Moment som ingår i eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningarna

Diagram 2 visar olika moment som kan ingå i eftervårdsbesöket, och barnmorskornas svar på i vilken utsträckning dessa inkluderas. Diagrammet är uppställt på samma sätt som frågorna i enkäten.

De moment som flest barnmorskor (>80%) angett *alltid* ingår i eftervårdsbesöket är:

Förlossningssamtal (93,4%), preventivmetodsrådgivning (93%), amning/matning (88,4%), samtal om eventuella underlivsbesvär (88%) och psykiskt välbefinnande (81,8%).

50-80% har vidare angett att kontroll av knipförmåga (77%), sexualitet (67%), gynundersökning (66,9%) och stöd i föräldrablivandet (58,7%) *alltid* ingår.

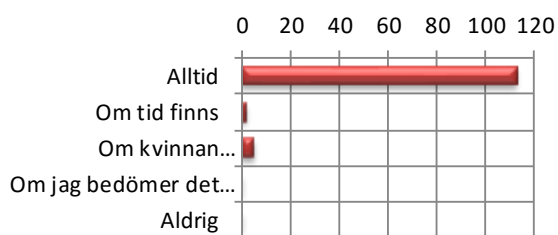
Det var få barnmorskor som bara inkluderade vissa moment *i mån av tid*, men de som angavs i högst utsträckning, i över 10% av svaren för varje moment, var livsstil (16,5%) och stöd i föräldrablivandet (13,2%). Det som i högst utsträckning, för >10% av barnmorskorna, inkluderades enbart på kvinnans initiativ, var sexualitet (18,2%), gynundersökning (18,2%), cellprovtagning (16%), stöd i föräldrablivandet (14%) och livsstil (12,4%).

Det som i högst utsträckning, även här för över 10% av barnmorskorna, inkluderades om barnmorskan ansåg det nödvändigt var cellprov (55,4%), livsstil (35,5%), kontroll av knipförmåga (14%), stöd i föräldrablivandet (13,2%) och gynundersökning (12,4%).

Diagram 2. I vilken utsträckning olika moment ingår i eftervårdsbesöket (n=120)

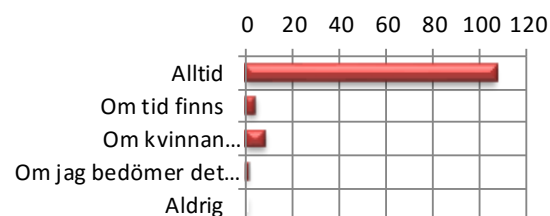
Förlossningssamtal

Alltid	94,1%	113
Om tid finns	1,6%	2
Om kvinnan efterfrågar detta	4,1%	5
Om jag bedömer det nödvändigt	0%	0
Aldrig	0%	0



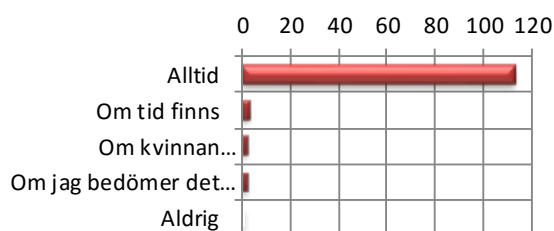
Amning/Matning

Alltid	88,4%	107
Om tid finns	3,3%	4
Om kvinnan efterfrågar detta	6,6%	8
Om jag bedömer det nödvändigt	0,8%	1
Aldrig	0%	0



Preventivmetodsrådgivning

Alltid	93,4%	113
Om tid finns	2,5%	3
Om kvinnan efterfrågar detta	1,7%	2
Om jag bedömer det nödvändigt	1,7%	2
Aldrig	0%	0



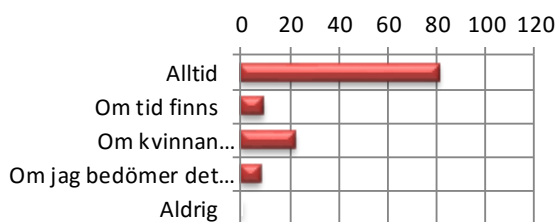
Stöd i föräldraskapet

Alltid	58,7%	71
Om tid finns	13,2%	16
Om kvinnan efterfrågar detta	14%	17
Om jag bedömer det nödvändigt	13,2%	16
Aldrig	0%	0



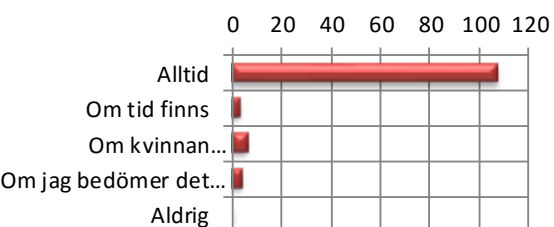
Sexualitet

Alltid	67%	81
Om tid finns	7,4%	9
Om kvinnan efterfrågar detta	18,2%	22
Om jag bedömer det nödvändigt	6,6%	8
Aldrig	0%	0



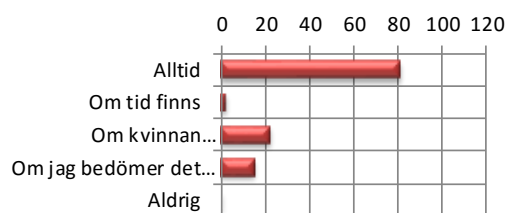
Samtal om eventuella underlivsbesvär

Alltid	88%	107
Om tid finns	2,5%	3
Om kvinnan efterfrågar detta	5%	6
Om jag bedömer det nödvändigt	3,3%	4
Aldrig	0%	0



Gynundersökning

Alltid	66,9%	81
Om tid finns	1,7%	2
Om kvinnan efterfrågar detta	18,2%	22
Om jag bedömer det nödvändigt	12,4%	15
Aldrig	0%	0



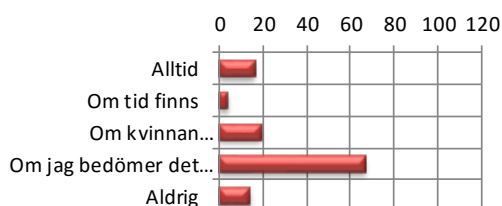
Kontroll av knipförmåga

Alltid	77%	93
Om tid finns	0,8%	1
Om kvinnan efterfrågar detta	7%	9
Om jag bedömer det nödvändigt	14%	17
Aldrig	0%	0



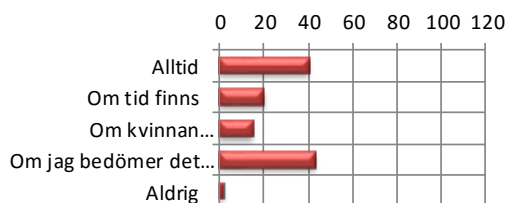
Cellprov

Alltid	13,2%	16
Om tid finns	3,3%	4
Om kvinnan efterfrågar detta	16%	19
Om jag bedömer det nödvändigt	55%	67
Aldrig	11,6%	14



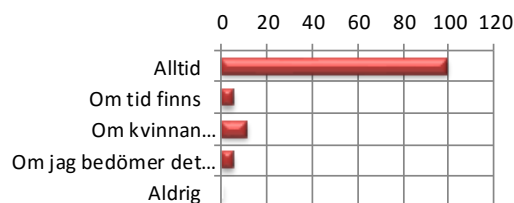
Livsstil

Alltid	33,1%	40
Om tid finns	16,5%	20
Om kvinnan efterfrågar detta	12,4%	15
Om jag bedömer det nödvändigt	35,5%	43
Aldrig	2,5%	2



Psykiskt välbefinnande

Alltid	81,8%	99
Om tid finns	4,1%	5
Om kvinnan efterfrågar detta	4,1%	11
Om jag bedömer det nödvändigt	9,1%	5
Aldrig	0%	0



I kommentarer under “övrigt”, efter dessa frågor i enkäten, har flera barnmorskor valt att utveckla sina svar. Helt allmänt kommenterar några barnmorskor att kvinnans behov styr vad som tas upp på eftervårdsbesöket. Bland annat kommenterar en barnmorska att *“kvinnans behov bestämmer vad fokus på mötet ligger”*. En annan barnmorska nämner att vissa moment alltid ingår, under resten av tiden väljer kvinnan vad som ska tas upp, och att det är lite olika vad man diskuterar då. Flera barnmorskor kommenterade att cellprovtagning inte var ett givet moment i eftervårdsbesöket då det kan tas först 12 veckor efter förlossningen och efterbesöket vanligtvis sker tidigare än så.

Vad gäller samtal kring sexualitet skriver en barnmorska att då *“efterkontrollen är relativt kort tid efter förlossningen brukar de flesta patienter inte kommit igång med sexlivet igen. Patienterna brukar inte ha det i fokus. Tas upp i samband med föräldrautbildning”*. Hen hade valt svarsalternativ *“Om kvinnan efterfrågar detta”*. En annan barnmorska kommenterar sina rutiner kring kontroll av knipförmåga och gynundersökning.

“Kontroll knipförmågan alltid om gynundersökning utförs. Frågar alltid om kvinnan känner sig trygg i sin knipträning. Om hon har besvär av inkontinens etc. Om så är fallet rekommenderar jag gynundersökning. Om spiral planeras senare önskar många kvinnor önskar avvakta med gynundersökning till dess”.

4.2 Vilka rutiner finns för när samtalet om preventivmetoder post partum initieras? Vilka preventivmetoder rekommenderas ammande kvinnor?

4.2.1 Initierande samtal om preventivmetod post partum

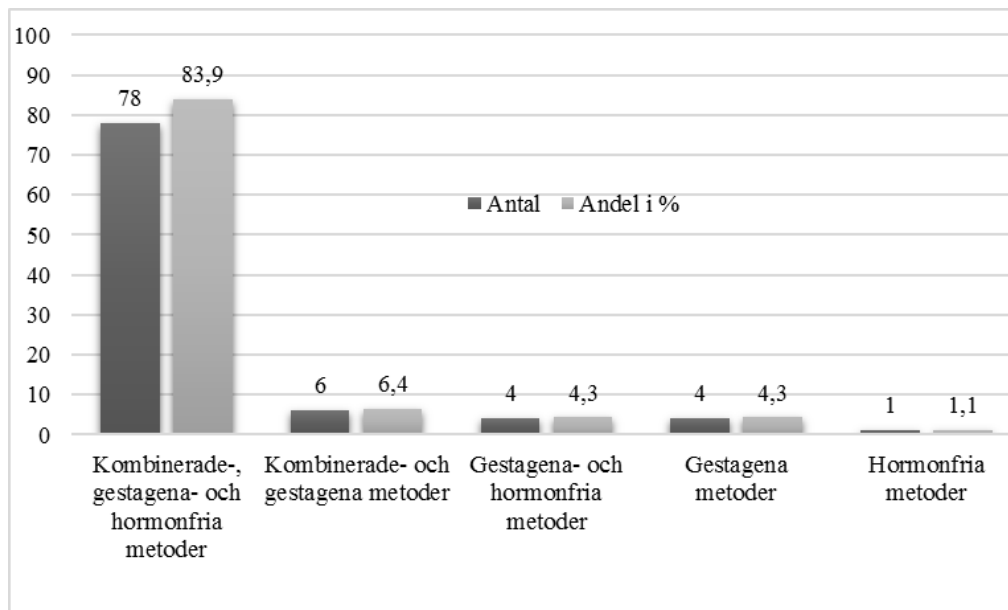
För 75 % av barnmorskorna i studien samtalas det om preventivmetod först under eftervårdsbesöket. Se tabell 1. Elva barnmorskor valde att svara under övrigt, och av dem svarade åtta barnmorskor att det inte var helt givet när detta tas upp första gången, och att det varierar. En barnmorska kommenterar: *“Lite olika beroende på person”* och en annan *“Hos vissa kan man diskutera redan under graviditet. Annars på efterkontrollen”*. En barnmorska skriver att samtalet förs både under graviditeten och vid eftervårdsbesöket, och en annan att hon informerar innan förlossningen om vikten av skydd post partum. En tredje barnmorska svarar att detta samtal förs först vid det andra eftervårdsbesöket

Tabell 1. Första samtalet om preventivmetod post partum

När förs första samtalet om preventivmetod?	n = 120	%
Under graviditeten	19	15,8
Vid eftervårdsbesöket	90	75
Övriga	11	9,2

4.2.2 Preventivmetodsrekommendationer till ammande kvinnor

Diagram 3. Preventivmetodsrekommendationer utifrån gruppering av metoder (n=93)



I diagram 3 är rekommendationerna grupperade utifrån kombinerade metoder, gestagena metoder och hormonfria metoder och 78 barnmorskor, närmare 84%, rekommenderar metoder ur alla tre grupper till ammande kvinnor.

Sex barnmorskor rekommenderar hormonella metoder, såväl kombinerade som gestagena. Fyra barnmorskor rekommenderar gestagena- och hormonfria metoder, och lika många rekommenderar bara gestagen metod. En barnmorska angav att hon bara rekommenderar hormonfria metoder.

Tabell 2. Preventivmetoder som rekommenderas under amning

Rekommenderade metoder	Summering	Kommentarer
Det kvinnan önskar/Allt	53	<i>“Ger info om samtliga. Därefter beslutar kvinnan” “Utgår från önskemål, rekommenderar ej”</i>
Spiral, ospecificerat	42	<i>“Ej spiral inom 3 månader postpartum” “Spiral i första hand”</i>
Minipiller	19	<i>“6-7 veckor postpartum”</i>
Individuell bedömning/det som passar henne	17	<i>“Den metod som passar henne bäst”</i>
Kombinerade metoder (p-piller 14, Nuvaring 2)	16	<i>“Kombinerade p-piller efter 8 veckor postpartum”</i>
P-stav/Nexplanon	13	<i>“dock ej inom 3 månader”</i>
Mellandoserade p-piller	12	
Barriärmetoder	12	
Laktations Amenorré Metoden, LAM	10	<i>“Vid helamning, ingen mens och barnet under 6 månader, informerar jag om det som metod”</i>
Gestagena metoder	6	
Alla förutom p-spruta	5	<i>“Allt hon vill ha utom Depo-Provera”</i>
Long Acting Reversible Contraception, LARC	4	<i>“Det beror på när hon önskar få nästa barn. Om hon säger ‘några år’ rekommenderar jag LARC metod”</i>
Det hon hade innan	3	<i>“Eventuellt vad kvinnan tidigare använt för metod”</i>
Hormonella metoder	1	
Depo-provera	1	
Hormonfria alternativ	1	
De flesta	1	

I tabell 2 har vi presenterat de metoder som angivits i olika grupper mer specifikt och fördelat svaren i dessa. De flesta barnmorskorna i vår studie anger att de rekommenderar alla metoder och utgår från kvinnan önskemål. Av tillgängliga metoder nämns spiral av flest barnmorskor.

En metod som uttryckligen inte rekommenderas av flera barnmorskor är p-sprutan. Endast en barnmorska nämner specifikt att hon rekommenderar denna.

Gestagena metoder nämns i högre utsträckning än kombinerade metoder.

4.3 Anser du att rutinerna kring eftervårdsbesöket kan förbättras, i så fall hur?

Av barnmorskorna i studien besvarade 51 denna fråga. Av dem ansåg 38 stycken (74,5 %) att rutinerna kunde förbättras och 13 (25,5 %) svarade att rutinerna var bra eller just hade förbättrats.

Av de som svarade "Ja" framkom två kategorier med områden där en stor andel ansåg att förbättring kunde ske. Den ena handlade om tid och den andra om rutiner kring själva bokningen.

4.3.1 Tid är något som behöver förbättras

Det som framkom här var att barnmorskorna inte kände att de hann med allt under tiden som bokats för eftervårdsbesöket. Arton barnmorskor tycker att det behövs mer tid.

En barnmorska skriver:

"Mer tid, tidspressen är stor! Ibland kunde det vara bra om besöket kunde få bokas för en timme istället för en halvtimme."

En annan skriver att *"Det behövs mer tid för eftervårdsbesöket för att hinna med allt, 30 minuter är inte tillräckligt! Det ska inte kännas stressigt för kvinnan."*

Ytterligare fem barnmorskor skriver att det skulle behövas 45 minuter bokat för eftervårdsbesök, varav en barnmorska kommenterar: *"Behövs tid! För ett bra samtal, plus undersökning etc. (och dokumentation) är det vanligt att det behövs 45 minuter"*

En barnmorska föreslår att man kan dela upp besöket: *"Kunna boka 45 minuter besök första gången 30 min vid andra besöket"*.

4.3.2 Rutiner som rör bokningen behöver förbättras

Tio barnmorskor svarade att rutinerna för hur och när eftervårdsbesöket bokas kan förbättras. Dels föreslog sex barnmorskor att man kunde boka in eftervårdsbesöket redan under slutet av graviditeten, och tre tyckte att man skulle kontakta kvinnan telefonledes, efter att hon fött, för att boka in en tid. En barnmorska skriver:

“Helst ha två besök och boka ett innan förlossningen. Tyvärr faller många bort då de glömmer bort eller orkar ej/tycker ej det är nödvändigt att kontakta mig efter förlossningen”.

En annan ger två förslag på hur eftervårdsbesöket bör bokas:

“A: Att ge tid för eftervårdsbesöket vid sista besöket under grav. B: Att ringa upp kvinnan då du sett att hon fött barn och erbjuda tid”

Två barnmorskor nämnde att man skulle kunna skicka ut en sms-påminnelse om att kvinnan ska höra av sig för att boka tid, alt. för att påminna om tiden som är bokad.

4.3.3 Övriga förbättringsområden

Två barnmorskor tycker att man ska inkludera mannen i eftervårdsbesöket. Den ena skriver:

“Ja. Jag tror det är viktigt att försöka få med mannen i större utsträckning. Erbjud tid som passar båda. Blir ofta att man tar en tid som passar kvinnan”.

Den andra barnmorskan tycker att man ska bjuda in partnern, men även BVC, till eftervårdsbesöket. Två barnmorskor svarade att det behövdes mer utbildning. Det som nämndes var bäckenbottenutbildning samt utbildning i rectus diastas, d.v.s. delad magmuskulatur. En annan tyckte att det behövde läggas mer vikt vid underlivsbesvär, och ytterligare en ansåg att det borde vara obligatoriskt att träffa en sjukgymnast postpartum.

En barnmorska skriver *“Hade gärna sett mer uppföljning postpartum både fysiskt och psykiskt under flera tillfällen vilket naturligtvis är en kostnadsfråga/politisk prioritering”.*

4.3.4 Nej/har just förbättrats

Tretton barnmorskor ansåg inte att rutinerna kunde förbättrats, eller att de nyligen hade förbättrats.

En barnmorska skriver: *“På vår mottagning har vi infört ny rutin. Att vi bokar in tid för efterkontroll när vi skriver sammanfattningen i vecka 37. De får ett sms dagarna innan besöket. Vi har numera 100 % som kommer på sin efterkontroll”*

5. DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

5.1.1 Datainsamlingen

Vad det låga svarsdeltagandet i vår enkät beror på är oklart men det har framkommit att en av samordningsbarnmorskorna varit flera dagar försenad med att skicka iväg enkäten. Det är även oklart om enkäten nått alla tilltänkta respondenter då några barnmorskor vid telefonkontakt uppgav att de inte fått någon enkät. Vi har försökt påverka svarsfrekvensen genom mailpåminnelser, telefonkontakt och inlägg i en grupp för barnmorskor på Facebook, men vi har saknat kontroll över utskicken. Om vi själva hade mailat ut enkät och påminnelser hade det givit oss full insikt och kontroll över mailflödet.

5.1.2 Enkätfrågorna

Det visade sig att den öppna frågan om preventivmetodsrekommendationer till ammande kvinnor hade varit bättre att ha som en stängd fråga med alla tillgängliga metoder som val, och möjlighet att kryssa i flera alternativ. Detta för att flera svar blev svårtolkade och barnmorskorna besvarade frågan på olika sätt. Det lämnades många ospecifika svar där de bl.a. skrev "de flesta metoder", "alla utom" eller svarade "p-piller" och vi kunde inte utröna exakt vilka metoder som avsågs. Resultatet hade blivit tydligare om frågan varit stängd.

Vad gäller frågan om gynekologisk cellprovtagning var det otydligt vad vi efterfrågade. Frågan kan ha tolkats som både faktisk cellprovtagning eller samtal om provtagning. Vi vet inte riktigt vad de svarat på. Den frågan hade också kunnat uteslutas då cellprovtagning ofta inte är aktuellt vid eftervårdsbesöket. Alternativt hade den kunnat heta "samtal kring cellprovtagning" för att få ett mer konkret resultat.

Det skulle även ha varit av intresse att ha med frågor beträffande om barnmorskorna i studien noterat om någon särskild grupp av kvinnor kommer mer sällan på eftervårdsbesöket än andra grupper. Varför tror barnmorskor att kvinnor kommer alternativt avstår från eftervårdsbesöket?

Vi hade också kunnat ha med en fråga om när eftervårdsbesöket/det första eftervårdsbesöket oftast sker, och en fråga om i vilken utsträckning de upplever att kvinnans partner följer med.

Eftersom vi utformade enkäten tillsammans med flera andra studenter var vi dock tvungna att begränsa antalet frågor om eftervårdsbesöket, eftersom enkäten annars hade blivit alldeles för lång.

5.1.3 Analysen

I vissa frågor valde vi att gruppera svaren och presentera dessa i tabeller eller diagram då vi fann att det gav den tydligaste återspeglings av svaren under de frågeställningarna. I övrigt har vi presenterat resultatet i text. Vi hade också kunnat gruppera svaren under de olika bakgrundsvariablerna för att titta på om faktorer som ålder och erfarenhet påverkar handläggning och rådgivning. Vi tror dock att det hade kunnat ge ett missvisande resultat pga. det låga svarsdeltagandet och en möjlig sammanblandning av orsaksfaktorer. Vi vet inte varför en stor andel inte svarat då bortfallsanalys inte varit möjlig och vi vet inga bakgrundsvariabler på de som inte svarat. Därför kan vi heller inte anta att ålder och erfarenhet utgör ett korrekt orsakssamband till det resultat som finns eller om det finns andra orsakssamband som påverkar men inte är synliga för oss. Det går heller inte att med säkerhet säga att alla barnmorskor besvarat enkäten ärligt trots att vi anser att enkäten givit förutsättningar för detta.

5.1.4 Validitet

De frågeställningar vi formulerat och de svar vi mottagit stämmer väl överens. Den interna validiteten visar att en webenkät var ett bra instrument för att besvara syftet. Dock påverkas den externa validiteten negativt då svarsdeltagandet var lågt och inga generella slutsatser kunde dras. Eftersom endast en dryg tredjedel av målpopulationen besvarade enkäten så kan vi inte med säkerhet säga att resultatet är representativt även för de som inte svarade. Ett selektionsbias utom vår kontroll kan ha uppstått i och med att svarsdeltagandet var så lågt. Bakgrunden till att de barnmorskor som svarade valde att svara kan vara en snedvridande faktor av resultatet. Resultatet kan därför bara ses som ett exempel på hur våra frågeställningar kan besvaras av barnmorskor på barnmorskemottagning inom SLL.

5.1.5 Reliabilitet

Tillförlitligheten av studien är hög i den gruppen av barnmorskor som besvarade enkäten. Pga. det stora bortfallet kan dock inte slutsatser dras som är representativa för alla barnmorskor inom SLL. Resultatet skulle kunna förändras vid ett högre deltagande beroende

på okända faktorer hos såväl svarande som icke-svarande. Slutsatser dragna av studien kan bara ses som hypoteser baserade på vad en tredjedel av alla barnmorskor i SLL svarat på enkäten.

5.2 Resultatdiskussion

5.2.1 Hur är rutinerna kring eftervårdsbesöket avseende antal, hur det bokas och vad det innefattar?

De regionala riktlinjerna ger som förslag att eftervårdsbesöket delas upp i två tillfällen, och att man vid dessa två besök har olika fokus på besökets innehåll. I vår studie anger närmare 61 % av barnmorskorna att de bara erbjuder ett besök som rutin. Samtidigt angav flera barnmorskor att tidsbrist var en inverkan och försvårande faktor vid eftervårdsbesöket, och att man inte hann med allt man skulle vilja. Kvinnorna i en studie av Olsson et al. (2005) uppger att även de önskar längre besök. En barnmorska i vår studie skriver att hon gärna hade sett mer uppföljning post partum under flera tillfällen, men att detta är en kostnadsfråga och en politisk prioritering. Detta speglar en verklighet där det kanske inte är barnmorskan som bestämmer hur många eftervårdsbesök som ska erbjudas och att de som bara erbjuder ett besök, i okänd utsträckning, gör detta efter direktiv från högre instans.

Utan att spekulera vidare i bakgrundsfaktorer kring varför en så hög andel barnmorskor bara erbjuder ett besök, kan det dock vara av vikt att lyfta fram att två besök kanske är det som ska eftersträvas. Detta för att både barnmorskan och kvinnan ska känna att de får den tid de behöver för att efterbesöket ska bli så bra som möjligt, och att man inte måste prioritera bort moment som egentligen hade behövt ingå.

Riktlinjerna föreslår också att besöket bokas redan i sen graviditet, alternativt att barnmorskan ringer kvinnan efter förlossningen för att boka in besöket. Av barnmorskorna i vår studie anger 42% att de lämnar det till kvinnan att själv höra av sig och boka tid för eftervårdsbesöket.

Det saknas svenska studier på vilken påverkan olika rutiner kring bokningen har på frekvensen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök. Vi har hittat en amerikansk studie som visar att om kvinnor får en tid till eftervårdsbesök bokad redan på BB ger det en högre

återbesöksfrekvens jämfört med de kvinnor som själva ansvarar för att boka sitt besök (Pai-Jong, Nakashima, Yamamoto, Ngo och Kaneshiro, 2011). Eftersom tiden efter ett barns födelse är en omvälvande tid för föräldrarna (Dennis och Dowswell, 2012; Jevitt et al, 2012; Negron et al, 2013; Olsson et al, 2005; Wickberg och Hwang, 2003) är det kanske för många föräldrar svårt att prioritera, eller komma ihåg, eftervårdsbesöket. Man kanske heller inte förstår varför detta besök kan vara viktigt. Vi tror att fler kvinnor skulle komma på eftervårdsbesöket om det bokades enligt gällande riktlinjer. Vi tror också att barnmorskan redan under graviditeten kan samtala med kvinnan kring eftervårdsbesöket och vad det innefattar, och då belysa varför detta besök kan vara viktigt.

Barnmorskorna i vår studie var relativt samstämmiga i vilka moment de alltid inkluderar i ett eftervårdsbesök. De moment som för flest barnmorskor alltid ingår är förlossningssamtal, preventivmetodsrådgivning, amning/matning, samtal om eventuella underlivsbesvär samt psykiskt välbefinnande. För vart och ett av dessa moment angav över 80% av barnmorskorna att det alltid ingick. Det är också ungefär i enlighet med vad riktlinjerna säger att eftervårdsbesöket ska innefatta.

Specifikt nämner man i riktlinjerna samtal kring förlossningsupplevelse, amning, bedöma eventuell förlossningsskada, bäckenbottenträning samt rådgivning om sexualitet och antikonception.

Vad gäller förlossningssamtal på eftervårdsbesöket har vi inte hittat någon svensk forskning som berör varför detta ska ingå. Forskningen vi hittat handlar främst om samtalet på BB med förlösande barnmorska. Vi tycker att det är bra att man vid eftervårdsbesöket, i enlighet med riktlinjerna, samtalar om förlossningen, och 94% av barnmorskorna i vår studie anger att det alltid ingår. Det var det moment som barnmorskorna i vår studie i högst utsträckning alltid inkluderade. Enligt Carlgren och Berg (2008) finns ett behov bland vissa kvinnor att samtala om, och bearbeta sin förlossning.

Vi tror att förlossningssamtalet på BB med förlösande barnmorska är viktigt, men att ett uppföljande samtal med en barnmorska ett par veckor efter förlossningen kan vara lika viktigt. Dels för att barnmorskan på barnmorskemottagningen *inte* var med, vilket kanske möjliggör för kvinnan/paret att prata mer öppenhjärtigt om sin upplevelse, och dels för att kvinnan hunnit landa och tänka igenom förlossningen vid tidpunkten för eftervårdsbesöket.

Nästan 90% av barnmorskorna i vår studie angav att amning/matning alltid ingick i eftervårdsbesöket. Dock är det inte ovanligt att det är under de första veckornas amning som eventuella problem uppstår (Kylberg et al, 2009). Eftervårdsbesöket sker i Stockholm i snitt ca 8,5 veckor post partum, enligt graviditetsregistret (2014). Vi undrar om inte kvinnorna hade varit mer hjälpta av ett tidigare besök just vad gäller amning.

Resultat från en studie av Barimani et al (2015) antyder att mindre än hälften av hel- eller delammande kvinnor är nöjda med det stöd de fått på barnmorskemottagningen och att de gärna velat ha tidig uppföljning angående flera frågor, däribland amning.

Vårt resultat visar att stöd i föräldrabilivandet inte var en självklar sak för många barnmorskor att ta upp vid eftervårdsbesöket. Endast 59% anger att de alltid tar upp detta. Studier vi har tittat på i vår bakgrund visar att föräldrarna kan behöva stöd (Deave et al., 2008 och Wilkins, 2006) och att de kan känna sig oförberedda på det nya livet med ett spädbarn, både känslomässigt och praktiskt. Den nya familjesituationen kan också leda till förändringar i partnerrelationen, vilket inte förutses av alla nyblivna föräldrar.

Vad gäller rådgivning och samtal kring sexualitet anger bara 67% av barnmorskorna i vår studie att det alltid ingår, samtidigt som drygt 93% säger att preventivmetodsrådgivning alltid ingår. Vidare anger 88% av barnmorskorna att samtal kring underlivsbesvär alltid ingår, och 67% inkluderar alltid gynekologisk undersökning.

Vi tycker att samtal kring preventivmetod och underlivsbesvär borde öppna upp för samtal kring sexualitet och samliv. Har kvinnan drabbats av prolaps eller bristning i samband med graviditet eller förlossning tror vi att det är ännu viktigare att öppna upp för samtal kring sexualitet. I de studier vi tagit del av i vårt bakgrundsmaterial framkommer att många kvinnor upplever problem och/eller oro inför samlivet efter förlossningen, och att det förändrade samlivet även kan föranleda problem i partnerrelationen (Olsson et al, 2005; Leeman och Rogers, 2012; Rådestad et al, 2008 och Deave et al, 2008).

Vi tror att samtal kring sexualitet för många kan kännas som tabu eller pinsamt att prata om. Vi tror också att det kan finnas kulturella hinder för vissa kvinnor/par att själva öppna upp för samtal kring detta. Ändå är det något som för många par upplevs som ett problem efter förlossningen, och som de kan behöva stöd och rådgivning i för att få en förståelse för. Detta

oavsett om problemen grundar sig i fysiska besvär eller bara allmänt nedsatt sexuell lust av annan orsak som te.x. amning, trötthet eller den nya familjesituationen. Barnmorskan kan hjälpa kvinnan/paren att lyfta fram dessa problem och ge dem stöd och information vad gäller sexlivet efter förlossningen. Eftersom barnmorskan lärt känna paret under graviditeten tror vi att paren i många fall har förtroende för henne/honom, vilket kan göra att samtal om detta underlättas.

Riktlinjerna nämner inte att cellprovtagning ska ingå eller diskuteras vid eftervårdsbesöket. Vi tror dock att barnmorskan kan föra det på tal, även om den faktiska provtagningen inte är aktuell. Eftervårdsbesöket är ofta det sista inbokade mötet barnmorskan har med kvinnan och det kan vara ett lämpligt tillfälle att påminna kvinnan om cellprovtagningen.

Efter förlossning kan gynekologisk cellprovtagning utföras efter tidigast 12 veckor, vilket flera av barnmorskorna i vår studie påpekade. Detta var vi medvetna om när vi utformade webbenkäten, men då eftervårdsbesöket enligt riktlinjerna ska bokas in inom 16 veckor post partum ville vi ändå se om barnmorskorna, där det var nödvändigt, inkluderade detta i eftervårdsbesöket. I vår studie svarade 55% av barnmorskorna att de gjorde det om de ansåg det nödvändigt. Att drygt 13% svarade att de alltid inkluderade cellprovtagning kan inte ses som ett säkert resultat eftersom vi inte vet vad de menar med det svaret. Cellprovtagning kan inte alltid vara aktuellt vid eftervårdsbesöket då det är beroende av när kvinnan sist tog sitt cellprov samt hur många veckor som förflutit sen förlossningen. De kan dock ha tolkat frågan som att de tar upp samtal kring gynekologisk cellprovtagning på eftervårdsbesöket, vilket vi i så fall ser som mycket positivt.

Bara 33,1% av barnmorskorna i vår studie anger att samtal om livsstil alltid ingår, trots att det enligt riktlinjerna ska ingå. Enligt Claesson et al. (2015) ansåg en stor majoritet av kvinnorna i deras studie att samtal kring alkohol var viktigt att ta upp vid besök på barnmorskemottagningen. Denna studie gällde främst besök för preventivmetodsrådgivning, men vi tror att resultatet kan gälla för besök på barnmorskemottagningen generellt. Vi tror att dessa frågor är angelägna att lyfta och samtala med kvinnan om, dels för att visa för kvinnan att hon kan prata om eventuella problem angående detta och dels för att visa att det är viktigt att prata om.

5.2.2 När förs första samtalet om preventivmetoder med kvinnan, och vilka preventivmetoder rekommenderas ammande kvinnor?

De allra flesta barnmorskor i vår studie tog upp ämnet vid eftervårdsbesöket och inte lika många under graviditeten. Dock vet vi att kvinnor som nyligen varit gravida är de som oftast är med om en oönskad graviditet och att kvinnor enligt WHO's rekommendation bör erbjudas preventivmetod inom 6 veckor efter förlossningen. Eftervårdsbesök ska erbjudas inom 16 veckor post partum enligt de regionala riktlinjerna. I Stockholm kommer kvinnorna på ett första besök ca 8,5-9 veckor post partum, vilket resulterar i att det blir svårt att erbjuda kvinnorna en välfungerande lösning i rätt tid.

En internationell studie visar att kvinnor i högre utsträckning börjar med preventivmetod efter förlossningen om man fört samtalet redan under slutet av graviditeten (Hernandez, Sappenfield, Goodman och Poller, 2012).

De flesta barnmorskorna i vår studie verkar följa den behandlingsrekommendation för antikonception som Läkemedelsverket utfärdat. Den största andelen av barnmorskorna svarade att de erbjuder preventivmetod efter kvinnans önskemål och att de erbjuder alla tillgängliga alternativ. Andra skriver att de utgår från individuella behov eller vad som passar kvinnan. Det var också flera som svarat att de erbjuder allt förutom p-spruta, vilket visserligen ändå inkluderar såväl kombinerade som gestagena och hormonfria metoder, men av okänd anledning utesluter p-sprutan ur sina rekommendationer.

Av de tillfrågade barnmorskorna har 39 stycken rekommenderat specifika metoder, men så som frågan är ställd har de också blivit styrda att ange preparat eftersom det är det som efterfrågas. Det är alltså därmed inte sagt att dessa 39 inte utgår från kvinnans önskemål eller individuella behov, utan bara att de har angett vad de skulle rekommendera helt allmänt.

5.2.3 Anser barnmorskorna på barnmorskemottagningarna att rutinerna kan förbättras?

En tredjedel av barnmorskorna i vår studie valde att lämna förbättringsförslag för verksamheten. Den förbättringsåtgärd som flest var enade om var tidsaspekten, de ville ha mer tid för sina eftervårdskontroller. Flera kommentarer tog upp att det vore bra om man *fick* boka längre besök vilket antyder att det ligger utom den enskilda barnmorskans kontroll och att detta är något som behöver synliggöras för verksamhetsledningen på varje mottagning. Vi

tror att det är en förutsättning, för att kunna ge ett gott omhändertagande, att barnmorskan får lov att ge varje individuell kvinna den tid hon behöver för att hon ska känna sig väl bemött och nöjd med besöket.

Flera förbättringsförslag handlade om hur tider för eftervårdsbesöket bokades in. Då ungefär 40% av barnmorskorna i vår studie lämnade det till kvinnan att boka in sitt eget besök så håller vi med om att här finns stora förbättringsmöjligheter. Det är en utmaning att få så många mottagningar som möjligt att följa vårdgivarguidens rekommendationer om att boka in eftervårdsbesöket redan under graviditeten men vårt resultat visar att de som tagit till sig de nya rekommendationerna är nöjda med utfallet. Vi tror även att man på detta sätt skulle fånga upp de kvinnor som inte orkar, som mår psykiskt dåligt eller av andra orsaker inte bokar sitt besök självständigt. Några barnmorskor ville även att det skulle finnas möjlighet att skicka ut sms-påminnelser dagen innan besöket, något som visat sig fungera väl på andra mottagningar.

Bland övriga möjliga förbättringar fanns förslag om att engagera kvinnans partner mer i besöket, något som kan verka främjande för hela den nya familjen.

Att ha gemensamma möten med BVC var ytterligare ett förslag som togs upp som något att förbättra. Detta tycker vi är ett exempel på ett bra och produktivt förslag för att föra verksamheten framåt och för att ge kvinnan en så bred uppslutning som möjligt.

Det som visat sig vara glädjande i vår studie är att flera barnmorskor skriver att de är nöjda med hur eftervårdsbesöket fungerar. De tycker att det hänger ihop med att de nyligen förbättrat sina rutiner vilket resulterat i att ett mycket högre antal kvinnor väljer att gå på eftervårdsbesöket. Vi tolkar detta som att vårdgivarguidens rekommendationer är välfungerande om de utförs på rätt sätt och att fler mottagningar bör implementera dessa i sina verksamheter.

5.3 Slutsats

5.3.1 Konklusion

Resultatet i vår studie visar sammanfattningsvis att det finns variationer i hur eftervårdsbesöket på barnmorskemottagning handläggs. Däremot förefaller det finnas likheter i vad de flesta barnmorskor tycker är viktigt att ta upp vid eftervårdsbesöket. Det verkar som

att de nya riktlinjerna vad gäller eftervårdsbesöket inte har implementerats av alla barnmorskor. Fortfarande är det till exempel en stor del av barnmorskorna som lämnar det helt upp till kvinnan själv att boka in sitt eftervårdsbesök, vilket har visat sig påverka besöksfrekvensen negativt. Det verkar även vara så att den största delen av barnmorskorna endast erbjuder ett eftervårdsbesök trots rekommendationen att tillhandahålla minst två besök.

Barnmorskorna i studien uppger att de har alldeles för lite tid för eftervårdsbesöken och att de önskar kunna erbjuda kvinnorna längre tider för att hinna diskutera både det de anser viktigt samt lämna utrymme för vad kvinnan själv vill ta upp. Det framkommer i kommentarer att de barnmorskor som effektiviserat sina rutiner, och nu arbetar enligt de nya riktlinjerna, är nöjda med resultatet och har en högre andel kvinnor som kommer på besöken jämfört med tidigare.

5.3.2 Implikation

Det framkom tydligt i studien att *tid* är något som saknas hos många, här finns en stor förbättringspotential. Dels för att kvinnor ska kunna få ut maximalt med information och stöd ur besöket och dels för att barnmorskorna skall kunna känna att de gör ett bra och viktigt arbete. De nya riktlinjerna har inte fått full genomslagskraft ännu och det får antas att när de implementeras på alla barnmorskemottagningar så kommer en markant ökning att synas i antal kvinnor som kommer på eftervårdsbesöket.

Ytterligare förbättringsåtgärder krävs och en kan till exempel vara att samtala om eftervårdsbesöket redan under slutet av graviditeten

5.3.3 Förslag på vidare forskning

Under arbetet med vår studie noterade vi att det inte finns mycket forskat kring eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningar på det sätt det bedrivs i Sverige. Det behövs vidare forskning där man förhoppningsvis även kan se till att få en högre deltagandeprocent än i vår studie.

Det skulle behövas en större studie som jämför kvinnornas prioriteringar och önskningar för eftervårdsbesöket med barnmorskornas prioriteringar och önskningar, för att se hur samstämmiga de är. Då både barnmorskor och kvinnor anser att för kort tid avsätts för eftervårdsbesöket vore det också intressant att titta på hur besöket hade upplevts av barnmorskor och kvinnor vid ett längre besök.

Även en studie kring rutiner i olika landsting skulle vara intressant, då siffror från graviditetsregistret visar att andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök varierar stort mellan olika regioner. I Hallands län återkommer t.ex. 94% av kvinnorna på eftervårdsbesök, att jämföra med Stockholms 65%. Att hitta orsaker till dessa skillnader skulle kunna ligga till grund för arbetet med att förbättra statistiken i de regioner där en lägre andel kvinnor kommer tillbaka till barnmorskemottagningarna efter förlossningen.

I vår studie har vi främst utgått från barnmorskans arbete vid eftervårdsbesöket och vad detta kan eller bör inkludera. Det vore även intressant att se forskning på kvinnor och deras partners behov och upplevelse av eftervårdsbesöket. Även forskning på olika socioekonomiska grupper i samhället skulle vara intressant för att se hur det skiljer sig i vem som väljer att komma samt vem som väljer att avstå eftervårdsbesök.

Postpartumsamtalet ska hållas på BB och helst med förlösande barnmorska, men förlossningen diskuteras även ofta vid eftervårdsbesöket. Det är mycket sparsamt forskat kring förlossningssamtalet på barnmorskemottagning och svårt att hitta information om detta trots att det förekommer så frekvent. Ytterligare forskning behövs därför även inom detta ämne.

REFERENSER

Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L. O., & Josefsson, A. (2012). Parents' Expectations About Participating in Antenatal Parenthood Education Classes. *J Perinat Educ.* , 21(1), 11-17. doi:10.1891/1058-1243.21.1.11

Antikonception - behandlingsrekommendation. (u.d.). (2:2014). Hämtat från www.lakemedelsverket.se: https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S-E. & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015;29; 409-417. doi: 10.1111/scs.12144

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S-E., Langius-Eklöf, A. & Hylander, I. (2013). Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014; 28; 57-65. doi: 10.1111/scs.12036

Carlgren, I., & Berg, M. (2008). Postpartum Consultation: occurrence, requirements and expectations. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 29(8). doi:10.1186/1471-2393-8-29

Claesson, I-M., Hultgren, E. & Blomberg, M. (2015). Lifestyle habits and women's attitudes towards discussing them at a visit for contraceptive advice. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6 (2015): 114-8.

Deave, T., Johnson, D. & Ingram, J. (2008) Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 8:30. doi: 10.1186/1471-2393/8/30

Dennis, C.L. & Dowswell, T. (2012). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*, 2013. Doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3

Di Giacomo, P., Sbarlati, A., Bagnasco, A. & Sasso, L. (2013). Woman's contraceptive needs and preferences in the postpartum period: an Italian study. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22; 3406-3417. doi: 10.1111/jocn.12432

Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and presentation of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1); 57-63.

Ellberg, L (2009). Postpartumsamtal - avslutningen på förlossningen. i A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & L. I. Lärobok för barnmorskor (3:4 uppl., s. 435-6). Lund: Studentlitteratur.

Gamble, J. & Creedy, D, K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 2009;25(2); e21-e30. doi 10.1016/j.midw.2007.04.004.

Gunnarsson, J., & Dahlgren, E. (2010). Uterovaginal prolaps. i P. O. Jansson, & B.-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (1:4 uppl., ss. 305-13). Lund: Studentlitteratur.

Hernandez, L., Sappenfield, W., Goodman, D., & Pooler, J. (2012). Is Effective Contraceptive Use Conceived Prenatally in Florida? The Association Between Prenatal Contraceptive Counseling and Postpartum Contraceptive use. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 423-429. doi:10.1007/s10995-010-0738-9

Jevitt, C.M., Groer, W.M., Crist, F.N., Gonzalez, L & Wagner D.V. Postpartum Stressors: A Content Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012. 33:309-18. doi: 10.3109/01612840.2011.653658

Kylberg, E., Westlund, A., & Zwedberg, S. (2009). *Amning i dag* (1 uppl.). Stockholm: Gothia förlag.

Leeman M.L. & Rogers, R.G. Sex after childbirth. Postpartum sexual Function. *Obstet Gynecol*. 2012; 119: 647-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e31824

Negron, R., Anika, M., Meital, A., Balbierz, A & Howell E.A. Social Support During the Postpartum Period: Mother's Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. *Marter Child Health*. (2013) 17:616-23.
doi: 10.1007/s10995-012-1037-4.

Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring science*, 19(4), 381-7.

Olsson, A., Robertsson, E., Falk, K., & Nissen, E. (April 2011). Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check. *Midwifery*, 27(2), 195-202.
doi:10.1016/J.midw.2009.04.003.Epub 2009 Jul 1

Pai-Jong, S., Nakashima, L., Yamamoto, J., Ngo, L., & Kaneshiro, B. (Mar 2011). Postpartum Follow-up Rates Before and After the Postpartum Follow-up Initiative at Queen Emma Clinic. *Hawaii Medical Journal*, 70(3), 56-59.

Polit, E. D., & Cheryl, B. T. (2003). *Nursing Research - Principles and Methods*. (Vol. 7th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rossier, C., Bradley, S.E.K., Ross, J. & Winfrey, W. Reassessing Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period. *Studies in Family Planning*. 46 (4): 355-67.

Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E & Rupertsson C. (2008) Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up. *Birth*. 35:2.

Storck Lindholm, E., Obasi, B., Whiman Fröding, I., Jonsson A-C., Petersson, K., Söderberg, M., Zätterberg, C., & Ilia, N. (den 12 Oktober 2015a). *Regionala riktlinjer - gravidövervakning, familjeplanering, gynekologisk cellprovtagning*. Hämtat från Vårdgivarguiden.se:
<http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/dokument/eftervardsbesok/>

Stock Lindholm, E., Obasi, B., Whiman Fröding, I., Jonsson, A.-C., Petersson, K., Söderberg, M., Zätterberg, C., & Ilia, N. (den 8 Januari 2015b). *Regionala riktlinjer - gravidövervakning, familjeplanering, gynekologisk cellprovtagning*. Hämtat från Vårdgivarguiden.se:
<http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/dokument/gynekologisk-cellprovtagning/>

Svensson, K (2009). Amning ur ett kulturellt, historiskt och socialt perspektiv samt vägledning. i A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & L. I. Lärabok för barnmorskor (3:4 uppl., s. 471-76). Lund: Studentlitteratur.

Thomson, G., Ebisch-Burton, K., & Flacking, R. (2015). Shame if you do – shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal & Child Nutrition*, 11(1), 33-46. doi:10.1111/mcn.12148

Wagner, E.A., Chantry, C.J., Dewey, K. G. & Nommsen-Rivers, L. A. Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. *Pediatrics*. 2013;132:e865-e875. doi:10.1542/peds.2013-0724

Webb, D, A., Bloch, J, R., Coyne, J, C., Chung, E, K., Bennett, I, M., & Flatow Culhane, J. (2008). Postpartum Physical Symptoms in New Mothers: Their Relationship to Functional Limitations and Emotional Well-being. *Birth* 35(3), 179-187

Wickberg, B., & Hwang, P. (2003). *Post partum depression - nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Widmark, C. (2009). Den gynekologiska cellprovskontrollen. i A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & L. I. Lärabok för barnmorskor (3:4 uppl., s. 583). Lund: Studentlitteratur.

Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 169-80. doi:10.1016/j.midw.2005.07.001

World Health Organization (WHO). 2013. *Programming Strategies for Postpartum Family Planning*. Hämtat från who.int:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/en/.

World Health Organization (WHO). 2013. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Hämtat från who.com:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?ua=1



**Karolinska
Institutet**

Bilaga 1

Webbenkät

om preventivmetod, säkrare sex, eftervårdsbesök och cellprov

Bakgrundsfrågor

Ålder?*

Antal verksamma år som barnmorska?*

Antal år du arbetat med preventivmedelsrådgivning?*

Hur många procent arbetar du på barnmorskemottagning?*

Ungefär hur många gravida kvinnor har du i nuläget inskrivna hos dig?*

Vilka arbetsuppgifter har du i nuläget?*

(Du kan välja flera alternativ)

Graviditetsövervakning

Preventivmedelsrådgivning

Cellprovtagning

Föräldrautbildning

STI-provtagning

Telefontid

Övrigt:

Handläggning kring spiral

Sätter du spiral?*

JA

NEJ

Om NEJ, varför?

Hur många spiraler sätter du uppskattningsvis i månaden?

Erbjuder du vanligtvis provtagning/undersökning innan insättning av spiral?

JA

NEJ

Om JA, vilken/vilka? *(Du kan välja flera alternativ)*

STI

Graviditetstest

Cellprov

Gynekologisk undersökning

Övrigt:

Avråder du ibland från spiral?

JA

NEJ

Om JA, varför avråder du från spiral? *(Du kan välja flera alternativ)*

Oro för kvinnans smärteaktion

Förmodade insättningsvärigheter

Biverkningar

Påverkan på den normala menstruationscykel

Kvinnan har inte fått barn

Pågående infektion

Ammande kvinna

Nyförlöst kvinna

Övrigt:

När du sätter in spiral, är du då:

Ensam

Tillsammans med kollega

Övrigt:

Vilka instrument använder du vanligtvis i samband med spiralinsättning?

(Du kan välja flera alternativ)

Tork

Spekulum/depressor

Självhållande spekulum

Klotång

Sond

Sax

Peang

Övrigt:

Föreslår du smärtlindring i samband med spiralinsättning?

JA

NEJ

Om JA, vilken/vilka? *(Du kan välja flera alternativ)*

Xylocainspray

TENS

Akupunktur

NSAID
Paracetamol
Värmekudde
Övrigt:

Vad gör du om du ej lyckas sätta in en spiral?

Vilken information ger du till kvinnor efter spiralinsättning?

Anser du att rutinerna kring spiralinsättning kan förbättras, i så fall hur

Handläggning av preventivmetod

Uppskattningsvis, är preventivrådgivningsbesöken på din mottagning:*

Huvudsakligen tidsbokade
Både tidsbokade och drop-in
Huvudsakligen drop-in
Övrigt:

Erbjuder du vanligtvis återbesök inom 1-3 månader efter införandet av en ny preventivmetod?*

JA
NEJ

Om JA, vid vilka metoder: (Du kan välja flera alternativ)

Kombinerade metoder (p-piller, p-ring, p-plåster)
Gestagena piller (Minipiller/mellandoserade)
P-stav
P-spruta
Spiral
Barriärmetoder
Naturlig Familjeplanering
Övrigt:

Om JA, är återbesöken:

Huvudsakligen tidsbokade
Både tidsbokade och drop-in
Huvudsakligen drop-in

Om NEJ, vad är orsaken till att du inte erbjuder återbesök 1-3 månader efter införande av ny preventivmetod?

Vad tar du upp vid återbesök efter införande av ny preventivmetod?*

(Du kan välja flera alternativ)

Eventuella psykiska biverkningar
Eventuella fysiska biverkningar

Hur metoden passar kvinnans livssituation
Eventuell STI-provtagning
Blödningsmönster
Hur kvinnan trivs med vald metod
Eventuell påverkan på samlivet
Graviditetstest
Jag erbjuder inte återbesök
Övrigt:

I en optimal preventivrådgivningssituation, hur vill du vara som rådgivare?*

Informerar du om biverkningar i samband med preventivrådgivning?*

JA
NEJ

Om JA, hur lämnas informationen?

Muntligt
Skriftligt
Muntligt och skriftligt
Övrigt:

Anser du att du har tillräcklig utbildning för preventivrådgivning?*

JA
NEJ

Om NEJ, vilken metod skulle du önska mer utbildning inom?

Kombinerade metoder (p-piller, p-ring, p-plåster)
Gestagena piller (Minipiller/mellandoserade)
P-spruta
P-stav
Postcoital antikonception (PCA)
Barriärmetoder
Naturlig familjeplanering
Spiral
Lactation Amenorrhea Method (LAM)
Övrigt:

Hur tror du att du som rådgivare kan hjälpa kvinnan att öka sin följsamhet/compliance till vald preventivmetod?*

Säkrare sex

Säkrare sex innebär att minimera risken för spridning av sexuellt överförbara infektioner. Följande avsnitt gäller ditt arbete som barnmorska på din mottagning.

Samtalar du kring säkrare sex på din mottagning?*

JA
NEJ

Om JA, i vilka situationer?

Uppskattningsvis, hur ofta samtalar du kring säkrare sex?*

I stort sett varje dag
Några gånger i veckan
Några gånger i månaden
Några gånger per år
Aldrig

Hur intresserad är du av arbetet med säkrare sex?*

Mycket intresserad
Intresserad
Mindre intresserad
Inte intresserad
Vet ej

Hur känner du inför att samtala kring säkrare sex?*

I vilken utsträckning upplever du att säkrare sex diskuteras kollegor emellan på din mottagning?*

Ofta
Varken ofta eller sällan
Sällan
Aldrig

Upplever du några hinder i ditt arbete med säkrare sex?*

JA
NEJ
Om JA, vilket/vilka hinder?

Har du utbildning i ett pedagogiskt samtalsverktyg? (exempelvis Motiverande samtal, "MI")*

JA
NEJ
Om JA, vilken/vilka?

Om JA, använder du det som ett verktyg i samtal kring säkrare sex?

JA
NEJ
Om NEJ, varför inte?

Upplever du att du har tillräckliga kunskaper:*

För att arbeta med säkrare sex?

JA
NEJ

Hur olika sexuellt överförbara infektioner sprids?*

JA

NEJ

Rutiner vid STI-provtagning?*

JA

NEJ

Har du utbildning i smittspårning?*

JA

NEJ, men jag önskar utbildning

NEJ och jag önskar inte utbildning

Övrigt:

Anser du att arbetet med säkrare sex kan förbättras på din mottagning?*

JA

NEJ

Om JA, på vilket sätt?

Handläggning kring eftervårdsbesök

Vem ansvarar vanligtvis för att boka eftervårdsbesöket? *

Du och kvinnan, tillsammans under graviditeten

Kvinnan, efter förlossningen

Du, efter förlossningen

Hur många eftervårdsbesök erbjuds vanligtvis varje kvinna på din mottagning?*

0

1

2

3 eller fler

I vilken utsträckning ingår följande moment i eftervårdsbesöket hos dig?*

Förlossningssamtal:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Amning/matning:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Preventivmetodsrådgivning:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Stöd i föräldrablivandet:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Sexualitet:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Samtal om eventuella underlivsbesvär:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Gynundersökning:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Kontroll av knipförmåga:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Cellprov:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Livsstil:*

Alltid

Om tid finns

Om kvinnan efterfrågar detta

Om jag bedömer det nödvändigt

Aldrig

Psykiskt välbefinnande:*

Alltid

Om tid finns

Om jag bedömer det nödvändigt

Om kvinnan efterfrågar detta

Aldrig

Är det något du vill tillägga gällande handläggning av eftervårdsbesöket?

När förs vanligtvis första samtalet om preventivmetod?*

Under graviditeten

Vid eftervårdsbesöket

Övrigt:

Vilken/vilka preventivmetoder rekommenderar du till en ammande kvinna?*

Anser du att rutinerna kring eftervårdsbesöket kan förbättras, i så fall hur?

Cellprov

Vad gör du på ett cellprovstagningsbesök, utöver att ta cellprov?*

Jag tar endast cellprov

Erbjuder STI-provtagning

Erbjuder gynekologisk undersökning

Övrigt:

Är cellprovstagningsbesök på er mottagning tidsbokade eller drop-in:*

Huvudsakligen tidsbokade

Både tidsbokade och drop-in

Huvudsakligen drop-in

Hur lång tid tar ett cellprovstagningsbesök i genomsnitt (i minuter)?*

Tack för din medverkan!



**Karolinska
Institutet**

Bilaga 2

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: VT 16

Informationsbrev Enkätstudie

Hej!

Med detta mail vill vi bjuda in dig att delta i vår enkätstudie. Vi är åtta barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet i Solna som under våren skriver våra examensarbeten på 15 högskolepoäng.

Våra examensarbeten har ett gemensamt syfte, att beskriva barnmorskans handläggning och erfarenheter av preventivrådgivning, STI-prevention, spiralinsättning, eftervårdsbesök samt cellprovtagning. Vi planerar fyra delarbeten inom ramen för syftet.

Vi har konstruerat en webbenkät som skickas till samtliga barnmorskor inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Svaren kommer att ligga till grund för fyra olika magisteruppsatser. Vi hoppas på att resultaten kommer kunna bidra med ny kunskap om barnmorskans arbete på barnmorskemottagningen samt förslag till förbättringsområden. Förhoppningen är att resultaten ska gynna barnmorskans arbete på barnmorskemottagningarna.

Vi anser att det behövs svensk forskning inom dessa ämnen då de flesta studier vi tagit del av är internationella.

Enkäten finns i länken under tar ca 15 minuter att besvara. Deltagande i studien innebär att svara på denna enkät vid ett tillfälle. Påminnelse kommer att skickas ut efter en vecka.

Enkäten besvaras anonymt och kommer inte att kunna härledas till dig.

Deltagande i studien är frivilligt, besvarad enkät räknas som informerat samtycke i studien.

Klicka på följande länk för att komma till enkäten;

<https://docs.google.com/forms/d/1Vvl3wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/formResponse>

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning,

Amelia Almlöf, barnmorskestuderande, e-mail: amelia.almlof@stud.ki.se

Johanna Andersson, barnmorskestuderande, e-mail: johanna.andersson@stud.ki.se

Ann-Elise Tammar, barnmorskestuderande, e-mail: ann-elise.tammar@stud.ki.se

Helena Paul, barnmorskestuderande, e-mail: helena.paul@stud.ki.se

Catrin Skoogh, barnmorskestuderande, e-mail: catrin.skoogh@stud.ki.se

Linda Svensson, barnmorskestuderande, e-mail: linda.svensson.1@stud.ki.se

Julia Wenneberg, barnmorskestuderande, e-mail: julia.wenneberg@stud.ki.se

Lovisa Wiklund, barnmorskestuderande, e-mail: lovisa.viklund@stud.ki.se

Handledare:

Malin Söderberg, Leg. barnmorska, Med dr

Mia Barimani, Leg. barnmorska, Med dr

Bilaga 3



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VT 16

Påminnelsemail Enkätstudie

Hej!

Med detta mail vill vi bjuda in dig att delta i vår enkätstudie. Vi är åtta barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet i Solna som under våren skriver våra examensarbeten på 15 högskolepoäng.

Har Du redan besvarat enkäten så var god bortse från detta mail. Våra examensarbeten har ett gemensamt syfte, att beskriva barnmorskans handläggning och erfarenheter av preventivrådgivning, STI-prevention, spiralinsättning, eftervårdsbesök samt cellprovtagning. Vi planerar fyra delarbeten inom ramen för syftet.

Vi har konstruerat en webbenkät som skickas till samtliga barnmorskor inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Svaren kommer att ligga till grund för fyra olika magisteruppsatser. Vi hoppas på att resultaten kommer kunna bidra med ny kunskap om barnmorskans arbete på barnmorskemottagningen samt förslag till förbättringsområden. Förhoppningen är att resultaten ska gynna barnmorskans arbete på barnmorskemottagningarna.

Vi anser att det behövs svensk forskning inom dessa ämnen då de flesta studier vi tagit del av är internationella.

Enkäten tar ca 15 minuter att besvara och du kan delta t.o.m. 19/2. Deltagande i studien innebär att svara på denna enkät vid ett tillfälle. Påminnelse kommer att skickas ut efter en vecka.

Enkäten besvaras anonymt och kommer inte att kunna härledas till dig.

Deltagande i studien är frivilligt, besvarad enkät räknas som informerat samtycke i studien.

Klicka på följande länk för att komma till enkäten;

<https://docs.google.com/forms/d/1Vvl3wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/viewform>

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning,

Amelia Almlöf, barnmorskestuderande, e-mail: amelia.almlof@stud.ki.se

Johanna Andersson, barnmorskestuderande, e-mail: johanna.andersson@stud.ki.se

Ann-Elise Tammar, barnmorskestuderande, e-mail: ann-elise.tammar@stud.ki.se

Helena Paul, barnmorskestuderande, e-mail: helena.paul@stud.ki.se

Catrin Skoogh, barnmorskestuderande, e-mail: catrin.skoogh@stud.ki.se

Linda Svensson, barnmorskestuderande, e-mail: linda.svensson.1@stud.ki.se

Julia Wenneberg, barnmorskestuderande, e-mail: julia.wenneberg@stud.ki.se

Lovisa Wiklund, barnmorskestuderande, e-mail: lovisa.viklund@stud.ki.se

Handledare: Malin Söderberg, Leg. barnmorska, Med dr

Mia Barimani, Leg. barnmorska, Med dr