



KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 13

Mödravårdscentralernas aktiva roll i eftervården av kvinnan de första fyra veckorna efter födseln

Postnatal care of the woman during the first four weeks after childbirth provided by the maternity clinics

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2014

Författare:
Sofia Friström
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:
Mia Barimani
Leg. Barnmorska
Medicine Doktor

Examinator:
Eva Nissen
Leg. Barnmorska
Professor

Sammanfattning

Bakgrund: De första veckorna efter födseln innebär en stor omställning för kvinnan, både fysiologiskt, psykologiskt och socialt. Kontinuitet och stöd i vårdkedjan är väsentligt för kvinnans välmående. Studier visar att uppföljning från BB och mödrahälsovård saknas och kvinnor önskar ökat stöd och mer uppmärksamhet som nyblivna föräldrar. Mödrahälsovården har inget generellt ansvar för kvinnan den första tiden efter förlossningen och eftervården ser olika ut beroende på var i landet man befinner sig.

Syfte: Syftet var att kartlägga och beskriva Sveriges mödravårdscentralers aktiva roll i eftervården av kvinnan de fyra första veckorna efter födseln.

Metod: En deskriptiv kvantitativ metod valdes och som datainsamlingsmetod användes en enkät. Urvalet bestod av samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige och inkluderade således samtliga Sveriges mödravårdscentraler. Inget bortfall förelåg.

Resultat: En mindre del av mödravårdscentralerna var aktiva i eftervården de första fyra veckorna efter födseln. Aktiviteter som framkom var telefonkontakt, hembesök, mottagningsbesök, återbesökskontroller, amningsstöd och inkontinensstöd. Resultatet visar på en stor skillnad i hur aktiva mödravårdscentralerna var beroende av geografiskt läge.

Diskussion: Föräldrar uppger ett missnöje med eftervården som erbjuds den första tiden efter födseln. Om det alltid har varit så eller om missnöjet med eftervården ökat parallellt med att vårdtiderna på BB minskat är oklart. Vad som däremot är bevisat är att amningsfrekvensen minskat betydligt under de senaste åren och förekomsten av psykologiska ohälsotillstånd är hög hos kvinnor post partum. Kan den negativa utvecklingen bero på bristen på kontinuitet i eftervården?

Nyckelord: Mödravårdscentral, Mödrahälsovård, Eftervård, Hembesök, Telefonkontakt, Kontinuitet

Abstract

Background: The first weeks after childbirth are a period of considerable readjustment for the woman, both physiologically, psychologically and socially. Continuity and support in the chain of care is essential for the well-being of the woman. Women lack follow-up from BB and the maternity care and wish for more support and more attention as new parents. The maternity care has no general responsibility for the woman in the early neonatal period and the postnatal care look different depending on where in the country you are.

Aim: The aim of this study was to identify and describe the Swedish maternity clinics active role in the postnatal care of the woman during the first four weeks after birth.

Method: A descriptive quantitative method was used. A questionnaire sent to all the coordination midwives in Sweden was chosen to collect data. The sample included in this way all maternity clinics in Sweden. The response rate was complete.

Results: A lesser amount of the maternity clinics were active in postnatal care the first four weeks after childbirth. Activities that emerged were telephone contact, home visits and visits at the maternity clinics, check- ups of the baby, breastfeeding support and incontinence support. The results show a large difference in how active maternity clinics were dependent on geographical location.

Discussion: Parents describe their dissatisfaction with the postnatal care offered the first period after childbirth. If it has always been so, or if the dissatisfaction with the postnatal care increased in parallel with the shortened length of stay at BB, is unclear. However, proven is that breastfeeding rate has decreased significantly in recent years and the presence of psychological diseases is high in women postpartum. Can the negative trend depend on the lack of continuity in the postnatal care?

Keywords: Maternity clinic, Maternity care, Postnatal care, Home visit, Telephone contact, Continuity

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1. Definitioner	1
2. Bakgrund	1
2.1. Puerperiet.....	2
2.1.1. Fysiologiska förändringar.....	3
2.1.2. Psykologiska förändringar	3
2.2. Amning	5
2.2.1. Hälsoeffekter	5
2.2.2. Utveckling.....	5
2.3. Vårdkedjan i Sverige	6
2.3.1. Förlossningen/BB.....	6
2.3.2. Barnhälsovården (BHV).....	7
2.4. Mödrahälsovården (MHV)	7
2.5. Familjecentraler	9
2.6. Kontinuitet.....	9
2.7. Kvinnans perspektiv på eftervården	11
2.8. Problemformulering	12
3. Syfte	12
4. Metod.....	12
4.1. Studiedesign	12
4.2. Urval	12
4.3. Datainsamlingsmetod	12
4.4. Dataanalysmetod	13
5. Etiska aspekter	14
6. Resultat	14
6.1. Telefonkontakt.....	15

6.2. Hembesök/Mottagningsbesök	16
6.3. Återbesökskontroller	16
6.4. Amningsstöd.....	17
6.5. Inkontinensstöd	17
6.6. Aktiva SAMBA-områden.....	17
6.7. Dubbelkompetens	21
7. Diskussion	21
7.1. Metoddiskussion.....	21
7.2. Resultatdiskussion	22
7.2.1. Svagheter.....	26
7.3. Vidare studier	27
8. Referenser	28
Bilaga 1	33

1. Inledning

Under en kvinnas graviditet har mödravården i Sverige en viktig roll för att säkerställa kvinnans och fostrets medicinska hälsotillstånd, men har även ett ansvar att informera och stödja kvinnan och hennes partner inför det som komma skall, det vill säga förlossning och tidigt föräldraskap. Dock har mödravårdscentralerna i Sverige, utöver efterkontrollen, inget generellt ansvar för kvinnan den första tiden efter förlossningen och eftervårdens upplägg ser olika ut beroende på var i landet man befinner sig.

Intresset för denna studie uppstod till följd av föreliggande vetenskap. En kartläggning av hur Sveriges mödravårdscentraler arbetar för att stödja föräldrarna i det tidiga föräldraskapet är nödvändig för att uppvisa hur det ser ut i Sverige i dag. Förhoppningen är att denna studie, tillsammans med vidare studier av föräldrars upplevelser av vården tiden efter födseln, ska leda fram till nya riktlinjer som tids nog kan implementeras inom svensk eftervård.

1.1. Definitioner

Definitioner som används i föreliggande studie presenteras nedan:

MHV = Mödrahälsovård, ansvarar för graviditet samt efterkontroll av kvinnan inom 16 veckor efter födseln.

BB = kvinnoklinikens eftervårdsavdelning, ansvarar för kvinnan och barnet efter födseln och en vecka framåt i tiden.

BHV = Barnhälsovård, ansvarar för barnet en vecka efter förlossningen fram till och med skolstart.

Mödravårdscentral har valts som benämning för både mödravårdscentral och barnmorskemottagning, som är två benämningar på samma typ av verksamhet.

2. Bakgrund

År 1960 var målen för eftervård, enligt Socialstyrelsen, att initiera amning, möjliggöra vila, ge kunskap om omhändertagandet samt att uppnå en viktuppgång hos barnet. Den rekommenderade längden av sjukhusvistelsen var sju till åtta dagar. Vården efter födseln karaktäriserades av strikta rutiner, som schemalagd amning var fjärde timme under dagtid och bröstmjölksersättning alternativt donerad bröstmjolk given av

sjuksköterskor under natten. Besökstiderna var restriktiva och pappan behandlades som vilken besökare som helst (Rudman & Waldenström, 2007).

Fram tills i dag har dramatiska förändringar skett. Kvinnan och barnet är nu tillsammans dygnet runt. Schemalagda amningstider har övergått till fri amning där barnets behov styr. Besökstiderna är i större mån flexibla och pappan kan stanna på BB-avdelningen under dagtid och i många fall dygnet runt. Antal kvinnor i samma rum har minskat från fyra till sex ner till en eller två. En annan stor förändring är antalet tillgängliga platser samt vistelsetiden för föräldrar och barn på BB (Rudman & Waldenström, 2007). År 2012 var medelvistelselängden 2,4 dagar för förstföderskor och 1,5 dagar för omföderskor, enligt det svenska födelseregistret (Socialstyrelsen, 2013b). De vårdförändringar som skett i Sverige är jämförbara med de förändringar som skett i andra västerländska länder (Fredriksson, Högberg & Lundman, 2003; Rudman & Waldenström, 2007). Dock har Sverige, till skillnad mot till exempel England och Australien, inte något standardiserat system för uppföljning i hemmet efter födseln (Rudman & Waldenström, 2007). En del kvinnor får ett hembesök, en del blir kontaktade per telefon och en del kvinnor får inget stöd överhuvudtaget (Barimani, 2012). Målet är, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL: SFS 1982:763), 2§, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som är i störst behov av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

För att skapa en förståelse för kvinnans behov av en god eftervård med noggrann uppföljning beskrivs under kommande rubrik (2.1. Puerperiet) de faktorer som påverkar eller kan påverka kvinnans hälsa i samband med en födsel.

2.1. Puerperiet

Puerperiet, även kallad barnsängstiden, startar efter att barnet är fött och fortlöper sex till åtta veckor fram i tiden (Ellberg, 2009; Nordström, Wiklund & Lingman, 2008). Tiden innebär en rad fysiologiska och psykologiska förändringar hos kvinnan, där de flesta kan räknas till det normala tillståndet, men som trots det innebär en del besvär för kvinnan (Nordström et al., 2008). Komplikationer kan uppstå, vilka kan leda till ohälsa hos kvinnan om de inte upptäcks och behandlas i tid (Världshälsoorganisationen [WHO], 1999). Professionellt stöd under de första veckorna efter födseln är därför av

stor vikt (Gurber et al., 2012; Razurel, Kaiser, Sellenet & Epiney, 2012; WHO, 1999) för att upptäcka och minska risken för psykisk ohälsa (Gurber et al., 2012; Razurel et al., 2012), undvika svåra fysiologiska komplikationer (Ellberg, 2009), men även för kvinnans och familjens välmående överlag (Razurel et al., 2012).

2.1.1. Fysiologiska förändringar

Under puerperiet sker en endokrinologisk omställning för att etablera bröstmjölksproduktion och optimera amning. Kvinnans genitalia ska återbildas både anatomiskt och fysiologiskt och återgå till tillståndet före graviditeten. Livmodern som i slutet av graviditeten vägt uppemot 1000 gram, ska på sex veckor återgå till sin normalvikt på 50-100 gram. För att det ska kunna ske behöver livmodern dra sig samman med jämna mellanrum. Sammandragningarna kan orsaka smärta och kallas därför för eftervärkar (Ellberg, 2009). Eftervärkarna hjälper också till att minska den blödning som uppstår när moderkakan lossnar. Blödningen, även kallad avslag (lochia), utgår från den sårta där moderkakan suttit fast i livmodern. Avslaget ändrar under tid karaktär från rött till brunt till ljust för att upphöra helt inom åtta veckor (Ellberg, 2009; Nordström et al., 2008). Det är viktigt att kvinnan får information om den normala involutionen av livmodern och avslagets normala färg, mängd och lukt. Det kan förebygga otillräckligt sammandragen livmoder, vilket annars kan leda till onormal blödning och infektion. Även bristningar och klipp kan leda till infektion. Det är därför återigen viktigt med information och kvinnan bör uppmanas till god handhygien samt noggrann skötsel av genitala genom att duscha underlivet efter varje toalettbesök. Även eliminationen påverkas efter graviditet och förlossning. Tarmfunktionen är ofta fördröjd ett par dagar och smärtsamma hemorrojder är vanliga. Urinmängden ökar de första dagarna efter födseln och urinretention är vanligt då det kan vara svårt att tömma urinblåsan helt. En fylld urinblåsa kan i värsta fall påverka involutionen av livmodern och indirekt orsaka atoniska blödningar (Ellberg, 2009).

2.1.2. Psykologiska förändringar

Den första tiden med ett nyfött barn är både fantastisk och omtumlande (Fredriksson et al., 2003). Föräldraskapet innebär, utöver en stor fysiologisk förändring hos kvinnan, en stor psykologisk och social omställning där en mängd känslor uppkommer (Fredriksson et al., 2003; Razurel et al., 2012). Att känna stor stress är vanligt och upplevs av

kvinnan främst på grund av fysiska och psykiska hälsoproblem (Barimani, Oxelmark, Johansson, Langius-Eklöf & Hylander, 2013) samt besvär relaterade till amningen (Razurel et al., 2012). En annan känsla är häpnad som kan upplevas av kvinnor när de blir medvetna om vilket krav moderskapet faktiskt innebär. En liknande känsla uttrycks av männen som beskriver det som ett uppvaknande när de blir varse om barnets enorma behov av omvårdnad (Fredriksson et al, 2003).

De känslor som upplevs kan leda till en variation av psykologiska gensvar, som både är av positiv och negativ karaktär (Olde, van der Hart, Kleber & van Son, 2006). Några dagar efter förlossningen, oftast på dag fem, drabbas mer än hälften av alla nyförlösta kvinnor av känslösvallningar och gråtmildhet. Tillståndet kallas barnsängsgråt eller ”Maternity blues”, anses normalt, och beror på förändringar i hormonnivåerna. De avslappnande hormonerna endorfin och oxytocin som under förlossningen varit höga återgår till normalvärde (Ellberg, 2009). De psykiska symptomen på ”Maternity blues” är; lätt nedstämdhet, ökad oro, intensiv trötthet, koncentrationssvårigheter, plötsliga humörsvängningar, huvudvärk, sömnsvårigheter samt ökad oro för barnets eller den egna hälsan (Seimyr, 2009). Tillståndet är i de flesta fall övergående och varar som mest i två veckor. Allvarigare fall av ”Maternity blues” bör observeras då det kan vara början på en post partum depression (PPD) (Ellberg, 2009).

PPD drabbar mellan 10 % och 15 % av alla kvinnor i nyföddhetsperioden (Fenwick et al., 2012; Seimyr, 2009; Wickberg & Wang, 2001) och enligt flera studier hävdar Fenwick et al. (2012) att frekvensen av PPD är på väg att öka ytterligare. Depressionen drabbar inte bara kvinnan utan kan, enligt en studie av Wickberg och Wang (2001), leda till senare störningar i utvecklingen hos barnet på grund av att kontakten mellan mor och barn påverkas negativt. Det förstärker ytterligare vikten av noggrann uppmärksamhet på tidiga depressionstecken hos nyförlösta kvinnor.

Utöver depressiva tillstånd upplever, enligt Fenwick et al. (2012), ungefär en tredjedel av alla kvinnor symptom på oro. Ett flertal olika orostillstånd kan utvecklas under graviditet och tiden efter förlossningen, såsom paniksyndrom, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom och post traumatiskt stressyndrom (PTSS). Risken att utveckla PTSS är som störst efter en komplicerad förlossning, men även en normal förlossning kan leda till tillståndet. Enligt studier från Australien, England och Sverige

drabbas 2 % till 6 % av alla kvinnor av syndromet (Fenwick et al., 2012). Faktorer som ökar risken är; tidigare psykiskt ohälsotillstånd, en orolig personlighet, förlossningssätt, otillfredsställande kontakt mellan kvinnan och personalen, känslor av kontrollförlust (Olde et al., 2006) samt brist på socialt stöd (Gurber et al., 2012; Olde et al., 2006).

2.2. Amning

2.2.1. Hälsoeffekter

Amning av nyfödda barn innebär en rad positiva hälsoeffekter för både kvinnan och barnet (Mödrahälsovårdsregistret, 2012; Widström, 2009). Barnet får ett effektivare immunförsvar och bröstmjölken skyddar mot ett flertal sjukdomar såsom; diarré, infektioner i övre och nedre luftvägarna, öron- och urinvägsinfektioner, men även allvarligare sjukdomar av olika slag. Det effektiva skyddet mot sjukdomar varar inte enbart under amningsperioden, utan skydd kvarstår, för vissa sjukdomar, uppemot flera år efter avslutad amning. Effekter på barnets psykomotoriska utveckling kan ses. Vidare diskuteras även amningens eventuella skydd mot barnfetma samt mot allergier, men effekten är omdebatterad och ännu inte klarlagd. Även för kvinnan medför amning en rad hälsoeffekter. Amningen påskyndar återhämtningen efter graviditet och födsel, minskar risker för stora blödningar och minskar risken för bröstcancer före menopausen. Amning är också ett gott skydd mot en ny graviditet, i de fall en ny graviditet inte är önskvärd. Utöver fysiska hälsoeffekter är amningens kanske viktigaste effekt den positiva påverkan på relationen mellan kvinnan och barnet, i de fall kvinnan upplever amningen tillfredställande (Widström, 2009).

2.2.2. Utveckling

Trots amningens bevisade hälsoeffekter har amningsfrekvensen under det första levnadsåret minskat i Sverige under de senaste tio åren (Socialstyrelsen, 2013a), vilket härleder till ett ökat arbete för att främja och stödja amning. Barnmorskan inom MHV har en nyckelroll i arbetet med att främja amning genom att ge information om kunskapsläget samt att ge råd och stöd rörande nutrition av nyfödda. Vid eftervårdsbesöket på mödravårdscentralen (vilket beskrivs mer under rubrik 2.4. Mödrahälsovården) är barnmorskan skyldig att registrera huruvida kvinnan fortfarande ammade fyra veckor efter förlossningen. Under 2012 var andelen kvinnor som helammade, det vill säga som enbart gav bröstmjolk, fyra veckor efter förlossningen 88

% . Andelen kvinnor som slutat amma under de första fyra veckorna alternativt aldrig ammat överhuvudtaget var 12 % (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). Detta kan jämföras med statistik av Socialstyrelsen (2013a) som visar att det år 1997 endast var 7,4 % av kvinnorna som inte ammade alls och detta mätt två månader efter födseln.

2.3. Vårdkedjan i Sverige

Vårdkedjan i Sverige som en kvinna möter under graviditet, förlossning och eftervård består av mödrahälsovården (MHV), förlossningsavdelningen, BB-avdelningen samt barnhälsovården (BHV). Tabellen nedan är en översikt av hur den typiska organisationen rörande graviditet, förlossning och eftervård är uppplagd samt vad respektive verksamhet ansvarar för.

Typ av vård	Mödrahälsovård (MHV)	Förlossning	BB	Barnhälsovård (BHV)
Typ av klinik	Mödravårdscentraler/ Barnmorskemottagningar	Förlossnings- avdelning inom slutenvården	BB-avdelning inom slutenvården	Barnavårdscentraler
Ansvarsfördelning	Graviditet Efterkontroll inom 12 veckor post partum	Förlossning	En vecka efter förlossningen	Barnet 0-6 år
Professioner	Barnmorskor Normal graviditet, 0-1 rutinbesök till obstetriker	Barnmorskor Normal förlossning, oftast ingen involverad obstetriker	Barnmorskor/ Sjuksköterskor Normal period post partum, oftast ingen involverad obstetriker	Barnsjuksköterskor/ Distriktssjuksköterskor Friskt barn (<1 år), ungefär 4 rutinbesök till läkare.

Tabell 1. Den typiska omvårdnaden av gravida och nyblivna mammor i Sverige (Barimani, 2012, s. 8)

2.3.1. Förlossningen/BB

Kvinnoklinikens BB-avdelning ansvarar för vården av kvinna och barn upp till sju dagar efter förlossningen, men den faktiska vårdtiden på BB är kort då riktlinjerna idag eftersträvar tidig hemgång (Sveriges Förening för Obstetrik och Gynekologi & Svenska Neonatalsektionen [SFOG & SNS], 2013). Definitionen för ”tidig hemgång” var, enligt Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1993:1, utskrivning från sjukhus inom 72 tim efter barnets födelse (Socialstyrelsen, 2005). Dock upphörde Socialstyrelsens allmänna råd att gälla 2005, vilket lett till att hemgång nu istället sker så snart som möjligt efter födseln, men tidigast sex timmar därefter (SFOG & SNS, 2013). År 2012 var medelvårdtiden två dygn efter vaginal förlossning och tre dygn efter kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2013b). Definitionen ”tidig hemgång” får idag således snarare betraktas som normal vårdtid (Stockholms läns landsting, 2005).

Efter hemgång ansvarar BB för ett återbesök som kan utföras på klinikens återbesöksmottagning eller till kliniken knuten verksamhet (SFOG & SNS, 2013). Återbesöket görs 3-5 dagar efter förlossningen (Fredriksson et al., 2003) och syftar till att bedöma kvinnans och barnets allmäntillstånd. Kvinnans/föräldrarnas interaktion med barnet observeras samt hur amning/uppfödning fungerar. Barnets viktutveckling och eventuell ikterus (gulsot) bedöms. Vidare görs en hörselscreening (OAE - otoakustiska emissioner) och ett blodprov, kallat PKU (fenyلكetonuri) tas (SFOG & SNS, 2013). Blodprovet syftar till att upptäcka barn med någon av ett antal ovanliga men allvarliga medfödda sjukdomar som går att behandla, och där en tidig diagnos är viktig för prognosen (1177 Vårdguiden, 2012).

2.3.2. Barnhälsovården (BHV)

BHV:s övergripande mål är, enligt nationella riktlinjer, att främja barns hälsa, trygghet och utveckling. Målet skall uppnås genom hälsofrämjande arbete, vaccinationsprogram, regelbundna hälsokontroller av barnet samt genom att ge kvinnan/föräldrarna utbildning i barnavård. Föräldrastöd skall ingå som en aktiv del i verksamheten. Hembesök skall erbjudas alla föräldrar som fått barn och bör ske så snart som möjligt och inte senare än en månad efter hemkomsten från BB (Socialstyrelsen, 2011). Syftet med hembesöket är att lära känna familjen, skapa en god relation samt att få en uppfattning om barnets/familjens övergripande situation. Hembesöket ska sedan ligga till grund för den vidare utformningen av vården, genom individuell anpassning av stöd och rådgivning efter barnets/familjens behov (Barnhälsovårdens rikshandbok, 2014).

2.4. Mödrahälsovården (MHV)

I Sverige finns omkring 560 mödravårdscentraler, varav cirka 24 % är privata mottagningar (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). Resterande tillhör antingen primärvård eller landsting. Den geografiska spridningen är jämnt fördelad från norr till söder, dock varierar storleken beroende på befolkningstätheten (Björklund, Brissman, Kilsbeck, Mogren & Nilses, 2007). De flesta mödravårdscentraler har färre än 200 inskrivna gravida, vilket betyder att de bemannas med en till tre barnmorskor. Endast omkring 15 % av centralerna har över 400 inskrivna gravida per år (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). Majoriteten av mödravårdscentralerna erbjuder gynekolog/obstetriker under samma tak, men det förekommer även att dessa sitter på en annan klinik eller att det endast finns allmänläkare tillgängliga (Björklund et al., 2007).

MHV:s ansvar är, enligt nationella riktlinjer, att stödja den naturliga processen av graviditet, men också att stötta kvinnor med medicinska, psykologiska och sociala behov. Barnmorskorna inom MHV har också ett ansvar för att förbereda de blivande föräldrarna inför förlossning och föräldraskap (Socialstyrelsen, 1996). Samtliga mödravårdscentraler i Sverige erbjuder föräldrautbildning till förstföderskor. Dock är det bara en mindre del av centralerna som även erbjuder omföderskor att delta. Strukturen på utbildningen varierar över landet, både vad gäller upplägg, gruppstorlek och antal träffar. Utbildning i mindre grupper om max sexton deltagare är vanligast (95,4 %), men storföreläsningar förekommer och då främst i storstäderna. Storleken på mödravårdscentralen påverkar antalet föräldrautbildningsträffar, ju färre inskrivna gravida, desto fler träffar (Mödrahälsovårdsregistret, 2012).

I genomsnitt besöker en förstföderska sin barnmorska cirka nio gånger under graviditeten, medan en omföderska gör cirka åtta besök. Kvinnor som bedöms ha ett alkoholriskbruk, kvinnor som behandlas för psykisk ohälsa, kvinnor i behov av extra stöd på grund av förlossningsrädsla och kvinnor med lågt självskattad hälsa före graviditeten har fler besök hos barnmorskan. Färre besök än genomsnittet kan ses hos kvinnor födda utom Norden och kvinnor med tolkbehov (Mödrahälsovårdsregistret, 2012).

Ett läkarbesök ska erbjudas samtliga vid inskrivning och ska därefter ske vid behov. Majoriteten av centralerna (77 %) har anställda psykologer, medan resterande mottagningar anlitar konsulter vid behov. Endast Kronobergs läns mottagningar har ingen samverkan alls med psykologer (Björklund et al., 2007).

Utöver vård under graviditet har MHV även ett ansvar för ett eftervårdsbesök, som sker inom fyra månader efter födseln (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). Besöket syftar till att samtala om förlossningsupplevelsen och den första tiden hemma, men även om nuvarande hälsotillstånd, livsstil samliv och preventivmedel. En gynekologisk undersökning med inspektion av slemhinnor och bristningar ska erbjudas och kvinnan ska få information om knipövningar för förebyggande av inkontinens. Besöket ska också innehålla mätning av blodtryck, HB, vikt och BMI (Strevens, Fadl, Westergren, Knutsson & Ny, 2008). Trots att eftervårdsbesöket ska erbjudas till alla kvinnor som nyligen fått barn, är det i genomsnitt bara 78 % av kvinnorna som faktiskt genomför

besöket. Flest eftervårdsbesök görs i Hallands läns landsting där hela 93 % av kvinnorna besöker mödravårdscentralen och minst eftervårdsbesök görs i Örebro län landsting där endast 65 % av kvinnorna besöker mödravårdscentralen inom sexton veckor efter förlossningen. Vidare görs färre eftervårdsbesök av kvinnor födda utanför Norden, vilket kan liknas med hur besöksfrekvensen ser ut för utlandsfödda kvinnor under graviditeten. Andra faktorer som påverkar andelen eftervårdsbesök negativt är; låg utbildningsnivå, låg alternativt hög ålder och lågt skattad hälsa vid inskrivningsbesöket (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). MHV har utöver eftervårdsbesöket inget generellt ansvar för kvinnan den första tiden efter förlossningen och ansvaret för eftervården ser olika ut beroende på var i landet man bor (Barimani, 2012; Barimani, Oxelmark, Johansson, Langius-Eklöf & Hylander, 2013).

2.5. Familjecentraler

Familjecentraler är en sammanlänkad vårdform som har växt fram mer och mer under senare år. Definitionen av en familjecentral är en samlokalisering av de fyra basverksamheterna MHV, BHV, socialtjänst och öppen förskola (Förening för familjecentralers främjande [FFFF], 2013). Det finns idag 251 verksamheter som kallar sig för familjecentral, dock är det bara 112 av dessa som har alla fyra verksamheterna samlokaliserade och således uppfyller den egentliga definitionen av en familjecentral (FFFF, 2013). Enligt föreningen för familjecentralers främjande (2013), finns en stor svårighet att implementera familjecentraler, främst på grund av organisatoriska aspekter samt svårigheter att finna tillfredställande lokaler.

2.6. Kontinuitet

Begreppet kontinuitet inom vården innebär i vilken omfattning patienten upplever vården sammanhängande och i vilken utsträckning den är förenlig med patientens behov av vård utifrån dennes specifika situation (Haggerty, Roberge, Freeman & Beaulieu, 2013). Flera studier beskriver att upplevelsen av kontinuitet inom vården brister när för många ansvarsöverföringar av patienten görs, information ges felaktigt eller när möjligheten att upprätta eller behålla en relation med vårdgivaren störs (Haggerty et al., 2003; Haggerty et al., 2013). Vårdkedjan i Sverige som en kvinna möter under graviditet, förlossning och tiden efter denna består av en rad olika instanser vilket, enligt Barimani (2012) och Hildingsson & Thomas (2007), leder till brist i kontinuitet och därmed trygghet för de drabbade. Föräldrarna träffar under graviditet, förlossning och

eftervård ett flertal olika barnmorskor och annan vårdpersonal. Barnmorskan som vårdar och stödjer den blivande familjen under graviditeten är inte densamma som föräldrarna sedan möter på förlossningsavdelningen. Vidare möts de nyblivna föräldrarna av ytterligare ny personal på BB och efter hemkomsten är det BHV som tar vid vården (Barimani, 2012).

När kvinnan/föräldrarna lämnar BB behöver de den första tiden efter födseln information och rådgivning om omvårdnaden av barnet, fysiska förändringar, tecken på sjukdom eller hälsoproblem, egenvård och läkningsprocess, sexualliv och preventivmedel samt nutrition. Stöd från Hälso- och sjukvården och den egna familjen är väsentligt (WHO, 1999). Tydliga riktlinjer för var föräldrarna vänder sig vid tecken på att barnet inte mår bra bör vara väl implementerade hos både personal och föräldrar (SFOG & SNS, 2013). En studie av Barimani et al. (2013) visar att 17 % av nyblivna mödrar inom Stockholms läns landsting besöker en akutmottagning under de första två veckorna efter födseln. Resultatet tyder på en avsaknad av eller felaktigt given information om var kvinnan bör vända sig vid uppkomna problem (Barimani et al., 2013) och är således ett exempel på bristande kontinuitet i vårdkedjan under nyföddhetsperioden (Haggerty et al., 2003; Haggerty et al., 2013). För att undvika glapp i vårdkedjan bör ett aktivt överlämnande av ansvaret från BB till BHV göras direkt från ansvarig barnmorska på BB till ansvarig sjuksköterska på barnavårdscentralen (SFOG & SNS, 2013).

Trots en nationellt välutvecklad BHV finns det brister i hur eftervården bedrivs. Relativt lite uppmärksamhet ges till kvinnan då BHV:s fokus till stor del ligger på barnet och ur ett kontinuitetsperspektiv innebär det ytterligare en ny vårdkontakt för kvinnan (Barimani, 2012). Ett samarbete mellan BHV och MHV i nyföddhetsperioden vore optimalt (Ekström & Nissen, 2006), inte minst då vårdtiden på BB idag är kort (Barimani, 2008). En studie av Ekström och Nissen (2006) visar på ökat välmående hos kvinnan och ett starkare band till barnet när barnmorskor från MHV och distrikt-/barnsjuksköterskor från BHV samarbetar kring amning/uppfödning. Vidare beskriver Hoddinott, Pill och Chalmers (2007) att områden där ett aktivt samarbete mellan MHV och BHV bedrivs, även ökar amningsfrekvensen, till skillnad mot områden där speciella

amningsenheter är normen. Överlag är ett gott samarbete i hela vårdkedjan MHV, BB och BHV väsentligt för att försäkra en god och säker vård (WHO, 1999).

2.7. Kvinnans perspektiv på eftervården

Studier visar att kvinnor är mer missnöjda med vården efter förlossningen till skillnad mot vården före och under förlossningen (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006; Rudman & Waldenström, 2007). De allt kortare vårdtiderna på BB påverkar inte den medicinska utgången (Brown, Small, Argus, Davis & Krastev, 2002; Hildingsson & Thomas, 2007), men däremot kvinnans perspektiv på kvalitén av vården (Hildingsson & Thomas, 2007). Flera studier visar på att kvinnor önskar en längre vistelsetid på BB (Hildingsson & Thomas, 2007; Rudman & Waldenström, 2007; Waldenström et al., 2006) och att de efterfrågar mer stöd i den tidiga perioden med ett nyfött barn (Barimani, 2012; Hildingsson & Thomas, 2007). Ökat stöd efterfrågas bland annat med amning (Waldenström et al., 2006). Föräldrar uttrycker att hemgång från BB utan en etablerad amning skapar frustration och stress (Hildingsson & Thomas, 2007). Vidare önskas mer tid för uppmuntran och personliga frågor, vilket tiden på BB inte räcker till för (Waldenström et al., 2006). I en studie av Barimani, Oxelmark, Johansson och Hylander (In press), framkommer att så mycket som 40 % av kvinnorna önskar mer stöd de närmsta veckorna efter förlossningen. De saknar kontinuitet i vårdkedjan och önskar mer stöd för fysiska och emotionella behov. Studien visar att kvinnor upplever en stor skillnad i stödet som ges från MHV, BB och BHV den närmsta tiden efter förlossningen. Mest nöjda är de med stödet från BHV, men saknar uppföljning från BB och MHV (Barimani et al., In press).

Telefonkontakt av en barnmorska från mödrahälsovården är ett sätt att stödja kvinnor den första tiden efter förlossningen (Barimani, 2012; Fentwick et al., 2013). Kvinnor upplever en trygghet av vetskapen att barnmorskan från MHV kommer att kontakta dem. Relationen är redan etablerad, vilket förenklar kontakten. Kvinnor beskriver att de uppskattar barnmorskans medicinska kompetens, samtidigt som de känner att hon har en specifik förståelse för upplevelsen av förlossning och tidigt föräldraskap (Fenwick et al., 2013).

2.8. Problemformulering

Den första tiden med ett nyfött barn är en omtumlande händelse för nyblivna föräldrar och kontinuerligt stöd är väsentligt för att undvika ohälsotillstånd både av fysisk och av psykisk karaktär samt för att främja amning. Vårdkedjan i Sverige rörande graviditet, förlossning och eftervård, innebär ett flertal ansvarsöverföringar av kvinnan och barnet. Kontinuitet saknas och hos föräldrarna uppstår i många fall en oklarhet över vart de ska vända sig vid uppkomna problem. Svenska och internationella studier visar att kvinnor är missnöjda med stödet den första tiden efter förlossningen och att de önskar större uppmärksamhet.

3. Syfte

Syftet var att kartlägga och beskriva Sveriges mödravårdscentralers aktiva roll i eftervården av kvinnan de fyra första veckorna efter födseln.

4. Metod

4.1. Studiedesign

Metoden som valdes för att besvara föreliggande studies syfte var en kartläggning av kvantitativ karaktär. Med hjälp av deskriptiv statistik redovisas i vilken utsträckning Sveriges mödravårdscentraler har en aktiv roll i omhändertagandet av kvinnan under de fyra första veckorna efter födseln. Begränsningen till de första fyra veckorna gjordes på grund av att detta är en del av en större studie (Forte 2013-2093), där man likaså valt en begränsning om de första fyra veckorna efter födseln.

4.2. Urval

Urvalet bestod av samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige, totalt 44 stycken. En samordningsbarnmorska är en barnmorska med ett övergripande samordningsansvar för ett specifikt distrikt, bestående av ett visst antal mödravårdscentraler. Distriktets storlek kan variera mellan några få centraler till upp emot 35 stycken. Totalt sett inkluderade urvalet samtliga Sveriges mödravårdscentraler.

4.3. Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod användes en enkät. Enkäten framställdes tillsammans med handledare och skickades, den 15 januari 2014, ut till samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige, totalt 44 stycken. Enkäten beskrev kort studiens

bakgrund och syfte och bestod av tre frågor (se bilaga 1). Fråga ett behandlade antalet mödravårdscentraler respektive samordningsbarnmorska (SAMBA) hade ansvar för i sitt verksamhetsområde (SAMBA-område). Fråga två besvarades med ”ja” eller ”nej” beroende på om mödravårdscentralerna hade någon aktiv roll i eftervården de första fyra veckorna efter förlossningen eller inte. Om svaret på fråga två var ett ”ja” gavs det i fråga tre utrymme för en beskrivning av på vilket sätt mödravårdscentralerna var aktiva i eftervården. Deltagarna uppmuntrades även till att bifoga aktuella PM i den utsträckning dessa fanns upprättade.

Cirka hälften av deltagarna, 21 personer, svarade efter det första utskicket. För att få in resterande svar skickades ett första påminnelsemejl ut efter en vecka, den 21 januari 2014. Det genererade ytterligare tolv svar. Efter att ännu en vecka fortlöpt saknades svar från nio deltagare varpå ett andra påminnelsemejl sändes ut den 28 januari 2014. Det bidrog till att svar från ytterligare fyra deltagare mottogs. Då målsättningen var att få in samtliga svar kontaktades övriga fem per telefon, vilket resulterade i ett komplett resultat utan bortfall.

Efter att materialet insamlats och analyserats visade sig två SAMBA-områden, Örebro län och Uppsala län, vara framträdande i resultatet. Intresse uppstod för en djupare kunskap om verksamheternas funktion och organisation. Kunskap inhämtades utöver befintliga PM genom ytterligare tre frågor som ställdes till aktuella samordningsbarnmorskor via mejl. Frågorna behandlade det organisatoriska upplägget av eftervårdsaktiviteterna, eftervårdsaktiviteternas uppskattade tidsåtgång samt kvinnornas möjlighet att träffa den barnmorska som vårdat dem under graviditeten.

4.4. Dataanalysmetod

Den insamlade datan från enkäterna avidentifierades och överfördes manuellt till Excel. Kolumner upprättades och benämndes utefter vad som framkom i materialet. Inga kategorier var förutbestämda. Samtliga av de aktiviteter mödravårdscentralerna uppgav inkluderades i resultatet. Dock exkluderades de svar där det uppgavs att stöd gavs på kvinnans initiativ med bedömningen att det inte kan ses som en aktiv omvårdnadsinsats.

För att bearbeta, analysera och presentera datan användes deskriptiv statistik.

Deskriptiv, eller så kallad beskrivande statistik, handlar om att organisera, sammanfatta och presentera ett datamaterial på ett överskådligt och informativt sätt (Polit & Beck,

2010). Materialet presenteras med hjälp av tabeller, figurer och löpande text. Både antal mödravårdscentraler (n) och antal procent (%) av mödravårdscentralerna redovisas för att ge en så beskrivande bild som möjligt.

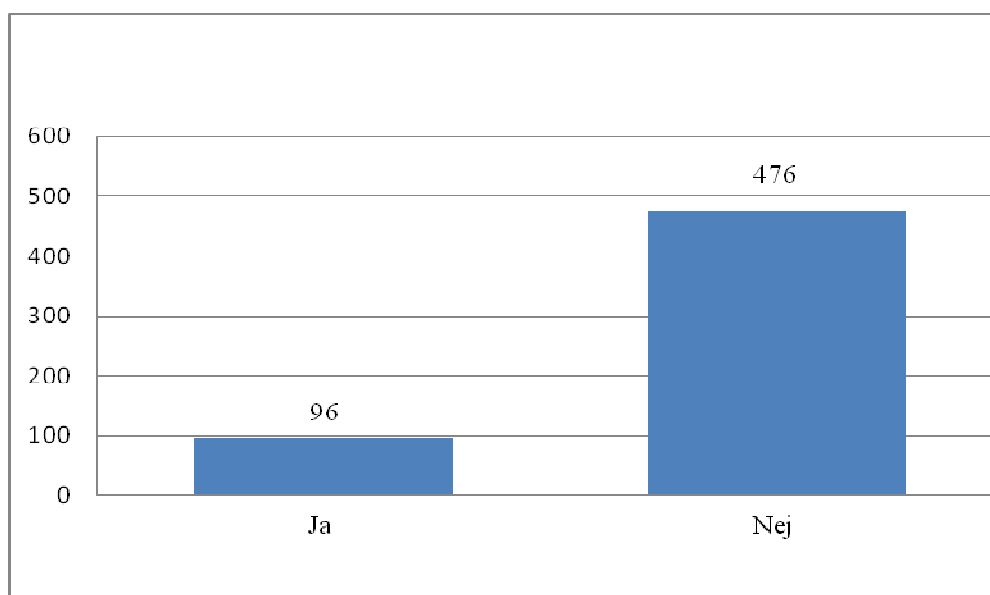
5. Etiska aspekter

Materialet i föreliggande studie har behandlats hederligt. Resultatet redovisas utan förvrängning eller inkludering/exkludering av data. Källor redovisas med hjälp av referenssystemet APA och inga källor har utelämnats medvetet (Codex, 2014).

6. Resultat

Sveriges mödravårdscentraler är uppdelade geografiskt i olika områden, så kallade SAMBA-områden. Förkortningen SAMBA står för Samordningsbarnmorska. Varje SAMBA-område ansvarar således av en samordningsbarnmorska, med undantag för ett SAMBA-område som har två ansvariga samordningsbarnmorskor. Enkäten skickades ut till samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige, 44 stycken, vilka alla besvarade enkäten. Det sammanlagda antalet mödravårdcentraler i Sverige uppgick till 572 stycken, vilka var uppdelade i 43 SAMBA-områden.

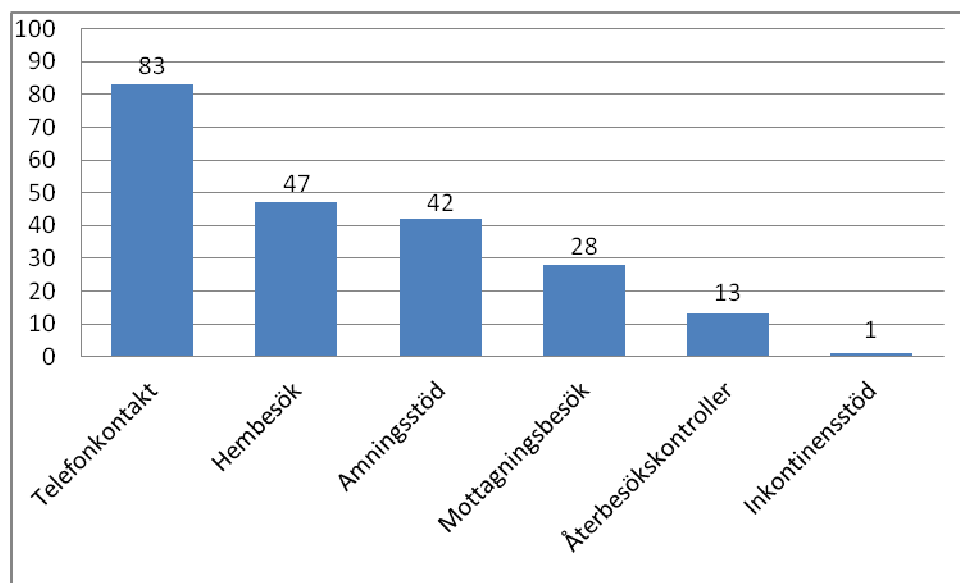
Den första frågan i enkäten behandlade huruvida mödravårdscentralerna hade någon aktiv roll i eftervården de första fyra veckorna efter förlossningen. Resultatet presenteras i figur 1.



Figur 1. Antalet aktiva mödravårdscentraler i eftervården de första fyra veckorna efter förlossningen (n=572).

Majoriteten av mödravårdscentralerna, 476 stycken (83,2 %), hade ingen aktiv roll i eftervården utöver den rutinmässiga efterkontrollen, som görs inom sexton veckor efter födseln. Dock var 96 stycken (16,8 %) på något sätt aktiva de första fyra veckorna efter förlossningen.

Nedan presenteras vilka typer av aktiviteter de aktiva mödravårdscentralerna ansvarade för.



Figur 2. Aktiviteter som erbjuds av de aktiva mödravårdscentralerna samt antal mödravårdscentraler som erbjuder respektive aktivitet. Vissa mödravårdscentraler erbjuder fler än en aktivitet.

De aktiviteter som framkom i resultatet var; telefonkontakt, hembesök, mottagningsbesök, återbesökskontroller, amningsstöd och inkontinensstöd. Vissa mödravårdscentraler hade enbart en aktivitet, medan andra hade flera olika aktiviteter. I vissa SAMBA-områden gällde aktiviteterna samtliga mödravårdscentraler, medan det i andra SAMBA-områden endast var vissa mödravårdscentraler som var aktiva i den tidiga eftervården.

6.1. Telefonkontakt

Telefonkontakt var den mest förekommande aktiviteten. Av de mödravårdscentraler som var aktiva i den tidiga eftervården angavs att 83 stycken ansvarade för att kontakta kvinnan per telefon, vilket stod för 14,5 % av Sveriges totala antal mödravårdscentraler. Tidpunkten för telefonsamtalet varierade. I Uppsala län, landstinget i Dalarna och Örebro län, var riktlinjerna att ringa upp kvinnan snarast efter hemkomst. Västra

Göteborg hade däremot en tidsfrist på tio dagar och Hallandsregionen uppemot två till tre veckor efter förlossningen. Övriga SAMBA-områden som var aktiva genom att kontakta kvinnan per telefon har inte angett någon tidpunkt för samtalet.

6.2. Hembesök/Mottagningsbesök

I Uppsala och Örebro län utgjorde telefonkontakten grunden för ett eller flera efterföljande hembesök. I Örebro län var hembesök aktuellt för samtliga 28 mödravårdscentraler och erbjöds till förstföderskor, omföderskor med tidigare amningsproblematik samt vid behov efter medicinska och psykosociala behov. Omföderskor med normalt efterförlopp erbjöds i stället ett tidigt besök på mödravårdscentralen. I Uppsala län tillämpades hembesök endast av vissa mödravårdscentraler, 45 %. Anledningen var, enligt PM från Akademiska sjukhuset (2011), en geografisk ansvarsuppdelning mellan kvinnoklinikens verksamhet ”BB på Väg” och MHV. I de områden där MHV ansvarade för eftervården gjordes alltid hembesök, medan det i de områden som ansvarades av ”BB på Väg” varierade mellan hembesök och ett återbesök på ”BB på Vägs” mottagning (Akademiska Sjukhuset, 2011). Även Landstinget i Västmanland hade som regel att göra hembesök till nyblivna föräldrar, dock var det knappt hälften av mödravårdscentralerna som uppfyllde kraven, 35,7 %. I regelboken för mödrahälsovården Västmanland står att mödravårdscentralerna och BVC ska samarbeta kring familjerna samt att barnmorska och BVC-sjuksköterska bör göra gemensamma hembesök till familjen under nyföddhetsperioden (mejl från samordningsbarnmorska i Västmanlands läns landsting, 23 januari, 2014). Totalt gjordes hembesök av 47 mödravårdscentraler i Sverige (8,2 %). Av dessa stod Örebro län för 59,6 %.

6.3. Återbesökskontroller

Återbesökskontroller innefattar PKU-provtagning, viktmätning och en barnläkarundersökning samt vid behov amningsstöd och kontroll av ikterus (gulsot). Det var ytterst ovanligt att dessa kontroller tillhandahölls av mödravården, men undantag fanns. I Uppsala län gjordes dessa kontroller i samband med hembesöket och aktiviteten tillhandahölls således hos samtliga mödravårdscentraler där mödrahälsovården ansvarade för eftervården, nio stycken. Ytterligare fyra mödravårdscentraler i Sverige ansvarade för återbesökskontrollerna. Dessa återfanns i landstinget i Dalarna samt i Värnamo sjukvårdsområde. Totalt 13 mödravårdscentraler

tillhandahöll återbesökskontrollerna, vilket stod för 2,2 % av landets totala antal mödravårdscentraler.

6.4. Amningsstöd

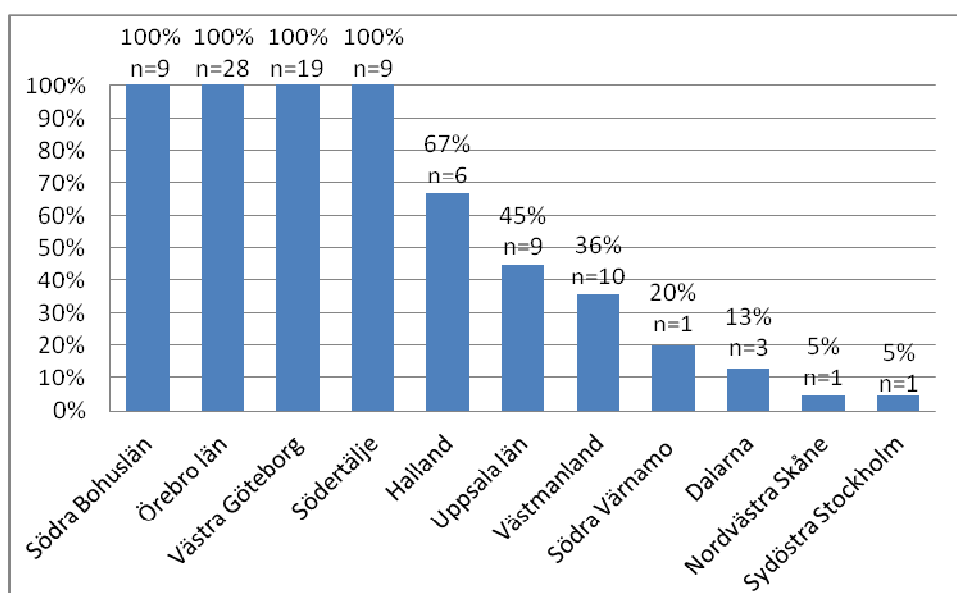
Amningsstöd i eftervården erbjöds av 42 mödravårdscentraler i Sverige (7,3 %). Återigen var Örebro län framträdande, där amningsstöd erbjöds av samtliga 28 mödravårdscentraler i samband med hembesöket. Även i Uppsala län ansvarade mödravårdscentralerna för amningsstöd i de geografiska områden där mödrahälsovården ansvarade för eftervården, vilket innebar nio mödravårdscentraler. Utöver Örebro och Uppsala län erbjöds amningsstöd även av några få mödravårdscentraler i nordvästra Skåne, landstinget i Dalarna och i sydöstra Stockholm.

6.5. Inkontinensstöd

En mödravårdscentral i Sverige erbjöd stöd till kvinnor som drabbats av inkontinensproblematik i samband med graviditet och förlossning. Denna mödravårdscentral kunde återfinnas i nordvästra Skåne och var samma central i området som även erbjöd amningsstöd.

6.6. Aktiva SAMBA-områden

Nedan redovisas de SAMBA-områden som på något sätt var aktiva i eftervården samt hur stor andel av mödravårdscentralerna inom området som var aktiva.



Figur 3. Aktiva SAMBA-områden samt hur stor del och hur många av mödravårdscentralerna inom området som är aktiva i den tidiga eftervården (n=96).

I resultatet framkom att elva av Sveriges 43 SAMBA-områden på något sätt var aktiva i eftervården de första fyra veckorna efter förlossningen (25,6 %). Dock innebär det liksom tidigare nämnts endast 96 mödravårdscentraler, vilket står för 16,8 % av det totala antalet mödravårdscentraler i Sverige. I majoriteten av de aktiva SAMBA-områdena var det mindre än 50 % av mödravårdscentralerna som var aktiva i den tidiga eftervården. I södra Värnamo, nordvästra Skåne och sydöstra Stockholm var det endast en mödravårdscentral i respektive område som var aktiv

Nedan redovisas antal aktiviteter och vilken typ av aktivitet respektive SAMBA-område tillhandahöll. Dock hänvisas till tidigare figur (figur 3) för att se antal aktiva mödravårdscentraler inom respektive SAMBA-område.

SAMBA-område	TK	HB	MB	ÅK	AS	IS
Södra Bohuslän	X					
Örebro Län	X	X	X		X	
Västra Göteborg	X					
Södertälje	X					
Halland	X					
Uppsala län	X	X		X	X	
Västmanland		X				
Södra Värnamo					X	
Dalarna	X			X	X	
Nordvästra Skåne					X	X
Sydöstra Stockholm					X	

Figur 4. Översikt över typ av aktivitet/er de aktiva SAMBA-områdena erbjuder.

TK=Telefonkontakt, **HB**=Hembesök, **MB**=Mottagningsbesök, **ÅK**=Återbesökskontroller, **AS**=Amningsstöd, **IS**=Inkontinensstöd

Då SAMBA-områdena Örebro län och Uppsala län var framträdande vad gäller aktiviteter i den tidiga eftervården valde författaren till föreliggande studie att titta närmare på just dessa. Med hjälp av aktuella PM samt kompletterande information från samordningsbarnmorskorna i respektive län mottogs ytterligare information om verksamheternas upplägg.

I Örebro län erbjöds ett strukturerat program med tre vårdkontakter till de kvinnor som gått hem från BB inom 48 timmar. Programmet inkluderade ett telefonsamtal från

barnmorskan på mödravårdscentralen, ett återbesök till kvinnokliniken samt ett hembesök till förstföderskor, omföderskor med tidigare amningsproblematik och till familjer med medicinska eller psykosociala behov. Vid hemgång från BB efter 48 timmar erbjöds minst en telefonkontakt, men hembesök erbjöds endast om medicinska eller psykosociala behov förelåg. Telefonkontakten och hembesöket syftade till att ge rimliga förväntningar på första tiden hemma samt att införliva ett förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning samt omvårdnaden av barnet och kvinnans egen kropp (Örebro läns landsting, 2013). Hembesöket innehöll således även aktiviteten amningsstöd.

Örebro län arbetade efter principen att hälso- och sjukvården i samverkan skulle samordna kontakterna för att undvika obefogade kontakter för familjen. En upprättad ansvarsfördelning fanns beskriven i PM. BB ansvarade för att meddela hemgång till den mödravårdscentral kvinnan gått på under graviditeten. I de fall denna mödravårdscentral skulle vara stängd hade barnmorskan på aktuell mödravårdscentral ansvar för att lämna över ansvaret för uppföljningen till annan mödravårdscentral alternativt BB (Örebro läns landsting, 2013). Varje mödravårdscentral avsatte planerad tid för eftervårdsverksamheten. Hur mycket tid som avsattes var beroende av mödravårdscentralens storlek. Större mödravårdscentraler avsatte tid dagligen medan mindre mödravårdscentraler fokuserade eftervårdsverksamheten till några bestämda veckodagar. Avsatt tid som var överflödigt användes till akuta besök eller administration. Uppskattningsvis ägnade mödravårdscentralerna 5-10 % av tiden åt eftervård (Samordningsbarnmorska, Örebro läns landsting). Ett nära samarbete med sjuksköterska inom BHV var ett krav och efter avslutad hemvårdskontakt ålåg det barnmorskan på mödravårdscentralen att genomföra ett aktivt överlämnande av vårdens hälsoansvar till BHV (Örebro läns landsting, 2013).

I Uppsala län var ansvaret för eftervården geografiskt fördelat mellan kvinnokliniken verksamhet "BB på Väg" och MHV. "BB på Väg" ansvarade för de kvinnor och barn som var skrivna i kommunerna Uppsala och Knivsta samt de kvinnor som fött barn i Uppsala län, men som var mantalsskrivna i annat län. MHV ansvarade för kvinnor mantalsskrivna i övriga kommuner i Uppsala län (Akademiska Sjukhuset, 2011), vilket innefattade nio mödravårdscentraler och totalt 45 % av mödravårdscentralerna i Uppsala

län. Hembesök i den tidiga eftervården, ska enligt PM från Akademiska Sjukhuset (2011), erbjudas vid behov. Till skillnad från PM från Örebro län fanns inga specifika riktlinjer beskrivna. Oavsett antal tidigare födselar och medicinskt tillstånd uppgav ansvarig samordningsbarnmorska i Uppsala län att det i de områden MHV ansvarade för alltid gjordes hembesök, medan det i de områden som ansvarades av ”BB på Väg” varierade mellan hembesök och ett återbesök på ”BB på Vägs” mottagning. Dock erbjöds samtliga kvinnor i Uppsala län som lämnat BB inom 72 timmar daglig telefonkontakt till och med dagen innan mottagningsbesöket/hembesöket. I de geografiska områden där ansvaret för eftervården låg på MHV var det barnmorskan på den aktuella mödravårdscentralen som stod för telefonkontakten och i de områden där ”BB på Väg” ansvarade stod de för kontakten (Akademiska Sjukhuset, 2011). Liksom i Örebro län syftade telefonkontakten till att införliva ett förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning, omvårdnaden av barnet och kvinnans egen kropp men även att överlag stärka föräldrarna i nyföddhetsperioden och ge dem en bra start (Akademiska sjukhuset, 2011). Varje mödravårdscentral där MHV ansvarade för eftervården hade dagligen tid avsatt för verksamheten. Hur mycket tid som avsattes var liksom i Örebro län, beroende av mödravårdscentralens storlek. Uppskattningsvis avsatte en mindre mödravårdscentral en till två timmar per dag för eftervårdsverksamhet, medan en större central avsatte uppemot fyra till fem timmar per dag (Samordningsbarnmorska Uppsala län). Hembesöket innehöll, liksom i Örebro län, även aktiviteten amningsstöd, men till skillnad mot Örebro län erbjöd mödravårdscentralerna i Uppsala län, i de områden MHV ansvarade för eftervården, även återbesökskontroller. Dessa utfördes av barnmorskan i samband med hembesöket och bidrog således till att ett återbesök på mottagningen inte var nödvändigt.

För att stärka kontinuiteten i vården för kvinnan/familjen hade både Örebro län och Uppsala län målsättningen att samma barnmorska som träffat kvinnan under graviditeten även skulle vara den som följde upp kvinnan efter födseln. Både i Örebro län och i Uppsala län uppfylldes detta i majoriteten av fallen. Dock förelåg, enligt samordningsbarnmorska i Uppsala län, vissa svårigheter till att alltid uppnå kontinuitet. Kvinnor som under graviditeten gått på mödravårdscentraler i de kommuner där kvinnoklinikens verksamhet ”BB på väg” ansvarade för eftervården, men som var mantalsskrivna i kommun där MHV ansvarade för eftervården, skrevs över till annan

mödravårdscentral. Detta medförde att de då var tvungna att träffa en ny barnmorska, vilket bidrog till att kontinuiteten i vårdkedjan bröts.

6.7. Dubbelkompetens

Norrbottens län var ett exempel på ett SAMBA-område där mödravårdscentralerna inte var aktiva i eftervården de första fyra veckorna. Däremot hade flera mödravårdscentraler personal med dubbelkompetens, som både var barnmorska och barnsjuksköterska alternativt disktriktsjuksköterska. Personal med dubbelkompetens kunde arbeta både inom barnhälsovården och inom mödrahälsovården, vilket gav en kontinuitet i vården för kvinnan/föräldrarna. Enligt samordningsbarnmorskan i Norrbottens län var dock förekomsten av dubbelkompetens alltmer sällsynt. Anledningen var att majoriteten av personal med dubbelkompetens var äldre och att många därför gick i pension. Vidare var ny personal med dubbelkompetens svår att rekrytera på grund av bristande tillgång. Viss personal som arbetade inom både barnhälsovård och mödrahälsovård upplevde en svårighet i att hålla sig uppdaterade inom båda verksamhetsområden och valde att fokusera på enbart ett område.

7. Diskussion

7.1. Metoddiskussion

Föreliggande studie är en kartläggning av mödravårdscentralernas aktiva roll i eftervården de första fyra veckorna efter förlossningen. Som datainsamlingmetod användes en enkät som mejlades ut till samtliga deltagare. Enkäten bestod av tre frågor varav den sista var en öppen fråga där deltagarna ombads beskriva eventuella aktiviteter i den tidiga eftervården. En risk med att använda sig av en öppen fråga skulle kunna vara att någon aktivitet glöms bort och således påverkar resultatet. Den öppna utformningen av frågan valdes för att kunskapen om eftervårdens upplägg initialt var relativt liten. En öppen fråga bidrog således till att ingen aktivitet uteslöts.

Deltagarna i studien bestod av samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige, 44 stycken. Varje samordningsbarnmorska har ansvar för ett visst SAMBA-område, bestående av ett visst antal mödravårdscentraler, allt mellan tre till 34 stycken. Svaren från samordningsbarnmorskorna inkluderade således samtliga mödravårdscentraler i Sverige. Då flertalet samordningsbarnmorskor har ansvar för ett stort antal mödravårdscentraler finns en risk för påverkan på resultatet på grund av svårigheten att

ha en fullständig överblick över samtliga mödravårdscentraler. Ett alternativ hade varit att istället inkludera samtliga chefsbarnmorskor på respektive mödravårdscentral, vilket inneburit cirka 572 deltagare. Ett sådant deltagarval hade antagligen inneburit ett stort bortfall och således påverkat resultatet än mer. Valet att inkludera samordningsbarnmorskor i stället för chefsbarnmorskor på respektive mödravårdscentral bidrog till en total svarsfrekvens. Studien innefattar således samtliga mödravårdscentraler i Sverige, helt utan bortfall, och är en komplett kartläggning.

7.2. Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visade på stora olikheter i den vård som erbjöds av MHV i Sverige de första fyra veckorna efter förlossningen. De flesta av mödravårdscentralerna, 476 stycken (83,2 %), var inte involverade alls i den tidiga eftervården, medan andra mödravårdscentraler inom vissa SAMBA-områden hade en stor aktiv roll i omhändertagandet av kvinnan. Aktiviteter som tillhandahölls av de aktiva mödravårdscentralerna var; telefonkontakt, hembesök, mottagningsbesök, återbesökskontroller, amningsstöd och inkontinensstöd. Resultatet kan liknas med vad Barimani (2012) beskriver; en del kvinnor kontaktas per telefon, en del får hembesök och en del får inget stöd överhuvudtaget. Sverige saknar, i enlighet med vad Barimani (2012) och Rudman och Waldenström (2007) uttrycker, ett standardiserat system för uppföljning post partum och de geografiska skillnaderna är stora. Detta strider mot Hälso- och sjukvårdslagens (HSL: SFS 1982:763), § 2, mål att vård skall ges på lika villkor för hela befolkningen.

Telefonkontakt var den mest förekommande aktiviteten och tillhandahölls av 83 mödravårdscentraler i Sverige (14,5 %). Syftet med samtalet var att införliva ett förhållningssätt som stärker egenvårdsförmågan, amning, omvårdnaden av barnet och kvinnans egen kropp (Örebro läns landsting, 2013; Akademiska sjukhuset, 2011). Studier visar att telefonkontakt av en barnmorska från MHV har en positiv inverkan på kvinnans välmående. Kvinnor upplever en trygghet av att veta att barnmorskan de lärt känna under graviditeten kommer att kontakta dem. Vidare uppskattar de barnmorskans medicinska kompetens och upplever att barnmorskan har en specifik förståelse för förlossning och tidigt föräldraskap (Fenwick et al., 2013). Trots detta tillhandahölls aktiviteten alltså inte i någon större utsträckning, vilket kan upplevas som märkligt. Av

egen erfarenhet, kan författaren till föreliggande studie, inte tänka sig att tidsåtgången för samtal till nyförlösta kvinnor kan vara särskilt stor. Efter att ha praktiserat på en stor mödravårdscentral med över 400 inskrivna gravida per år, var det som mest ett uteblivet besök per barnmorska och dag på grund av att kvinnan fött barn. Aktiviteten telefonkontakt borde således vara möjlig att tillämpa av mödravårdscentralerna större utsträckning.

Hembesök tillämpades av totalt 47 mödravårdscentraler i Sverige (8,2 %). Den geografiska spridningen var liten, då samtliga 47 mödravårdscentraler kunde återfinnas inom tre SAMBA-områden, Örebro län, Uppsala län och Västmanlands län.

Hembesöket syftade, liksom telefonkontakten, till att införliva ett förhållningssätt som stärkte egenvårdsförmågan, amning, omvårdnaden av barnet och kvinnans egen kropp (Örebro läns landsting, 2013; Akademiska sjukhuset, 2011). Enligt en studie av Waldenström et al. (2006) önskar kvinnor mer stöd för personliga frågor och mer tid för uppmuntran i nyföddhetsperioden, vilket tiden på BB inte räcker till för (Waldenström et al., 2006). Hembesök kan således antas vara ett sätt att tillmötesgå kvinnornas behov. Studier visar att hembesök i nyföddhetsperioden har en positiv inverkan på kvinnors fysiska och psykiska hälsa (Kronborg, Vaeth & Kristensen, 2012; Yonemoto, Dowswell, Nagai & Mori, 2013). Tyvärr återfanns inga studier som beskrev effekten av barnmorskeledda hembesök, utan återfunna studier var främst inriktade på hembesök gjorda av sjuksköterska. Dock kan det, med anledning av studien av Fenwick et al. (2006), antas att hembesök av barnmorska upplevs positivt av kvinnor, då kvinnor uppskattar barnmorskans specifika förståelse för graviditet, förlossning och föräldraskap samt att kontakten sedan tidigare är etablerad.

De mödravårdscentraler som erbjöd hembesök i nyföddhetsperioden tillhandahöll aktiviteten som en naturlig del av verksamheten. Dock skiljde sig urvalet av kvinnor som fick hembesök åt mellan de olika SAMBA-områdena. I Örebro län var erbjudandet om hembesök beroende av om kvinnan lämnat BB inom 48 timmar, alternativt efter 48 timmar samt om kvinnan var förstföderska, omföderska eller hade speciella medicinska eller psykosociala behov. I Uppsala län erbjöds hembesök till samtliga kvinnor som MHV ansvarade för. Även i Västmanlands län var riktlinjerna att erbjuda hembesök till samtliga kvinnor och detta i samverkan med sjuksköterska inom BHV. Trots upprättade

riktlinjer var det, enligt samordningsbarnmorska i Västmanlands län, endast 35,7 % av mödravårdscentralerna som uppfyllde kraven. Anledningen till att det trots upprättade riktlinjer inte genomfördes hembesök i någon större utsträckning kanske i viss mån kan förklaras av en studie av Almqvist-Tangen, Bergström, Lindfors, Holmberg och Magnusson (2010), där man undersökte anledningen till uteblivna hembesök inom BHV. Det visade sig att de främsta skälen till uteblivna besök var att föräldrarna avböjt samt tidsbrist och lång resväg. Tidsbristen är således en stor anledning till uteblivna hembesök inom BHV och kan därmed även antas vara en anledning till att mödravårdscentralerna i Västmanlands län, trots riktlinjer, inte genomförde de hembesök de var ålagda. Mödravårdscentralerna i Uppsala och Örebro län hade, enligt samordningsbarnmorskor för respektive SAMBA-område, dagligen specifik tid avsatt för hembesök. Hur det var organiserat i Västmanlands län framkom inte i resultatet.

Utöver hembesök och telefonkontakt erbjöds återbesökskontroller, inkontinensstöd och amningsstöd av mödravårdscentralerna i Sverige, dock i mycket liten utsträckning. Återbesökskontroller erbjöds i Uppsala län i samband med hembesöket samt av några få mödravårdscentraler i Dalarna och Värnamo sjukvårdsområde. Inkontinensstöd erbjöds av en enda mödravårdscentral i Sverige, belägen i nordvästra Skåne. Amningsstöd erbjöds av Örebro län och Uppsala län samt några få mödravårdscentraler utspridda i nordvästra Skåne, landstinget i Dalarna och i sydöstra Stockholm. Att inte amningsstöd erbjöds i större utsträckning av mödravårdscentralerna är förvånande, då barnmorskan inom MHV anses ha en nyckelroll i arbetet med att främja amning samt att ge råd och stöd rörande nutrition av nyfödda (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). Vid eftervårdsbesöket på mödravårdscentralen åligger det barnmorskan att registrera huruvida kvinnan fortfarande ammade fyra veckor efter förlossningen eller inte (Mödrahälsovårdsregistret, 2012). Det kan upplevas märkligt att ansvaret för att registrera amningsfrekvensen åligger barnmorskan, då barnmorskan i de allra flesta fall inte har träffat kvinnan sedan innan födseln och således heller inte haft möjlighet till att stödja kvinnan med amningen. Amningsfrekvensen har minskat betydligt under de senaste tio åren (Socialstyrelsen, 2013a) och enligt Waldenström et al. (2006) eftersöker kvinnor mer stöd med amning. Detta härleder till ett ökat arbete för att främja och stödja amning (Socialstyrelsen, 2013a). Kanske skulle MHV, med ett utökat ansvar för eftervården, kunna vända trenden?

Det kan, med anledning av vad som framkom i resultatet, tänkas att det största ansvaret för den tidiga eftervården av kvinnan åligger BHV. Enligt Barimani (2012) medför det brister, då BHV främst är inriktade på barnet och relativt lite uppmärksamhet ägnas åt kvinnan. BHV:s övergripande mål är att främja barns hälsa, trygghet och utveckling (Socialstyrelsen, 2011). Målens formulering inkluderar inte kvinnan alls. Dock ska föräldrastöd ingå som en naturlig del i BHV:s verksamhet, för att uppnå de uppsatta målen. Hembesök ska erbjudas till samtliga kvinnor i den tidiga perioden efter födseln. Trots det är det bara omkring 75 % av förstföderskorna och en betydligt mindre del av omföderskorna som får ett hembesök (Socialstyrelsen, 2011). Den eftervård som erbjuds av barnavårdscentralerna är alltså, liksom den eftervård som erbjöds av mödravårdscentralerna olika för olika individer.

Begreppet kontinuitet inom vården innebär i vilken omfattning patienten upplever vården sammanhängande och i vilken utsträckning den är förenlig med patientens behov av vård utifrån dennes specifika situation (Haggerty et al., 2013). Flera studier beskriver att upplevelsen av kontinuitet inom vården brister när för många ansvarsöverföringar av patienten görs, information ges felaktigt eller när möjligheten att upprätta eller behålla en relation med vårdgivaren störs (Haggerty et al., 2003; Haggerty et al., 2013). Vårdkedjan som en kvinna möter under graviditet, förlossning och eftervård består av ett flertal instanser, MHV, Förlossning/ BB och BHV, och innebär således ett flertal ansvarsöverföringar av kvinna och barn (Barimani, 2012). I enlighet med Haggerty et al. (2013) och Haggerty et al. (2003) beskrivning av kontinuitet inom vården, leder detta således till en brist i kontinuitet för de drabbade. Enligt Barimani et al. (In press) uttrycker även kvinnorna själva att de önskar ökad kontinuitet i vårdkedjan (Barimani et al., In press). Var i Sverige kvinnan bor, påverkar betydligt den vård som erbjuds och kan därmed även antas påverka kvinnors upplevelse av kontinuitet. För att uppnå större kontinuitet i vårdkedjan och för att tillgodogöra sig både barnmorskans och barnsjuksköterskans kompetens kan det antas att ett samarbete mellan MHV och BHV i den tidiga eftervården vore optimalt. Familjecentraler, där MHV och BHV är lokaliserade i samma lokaler, kan tänkas underlätta för ett samarbete mellan verksamheterna. Om vårdformen i praktiken innebär ett ökat samarbete är dock oklart. Ett annat sätt att uppnå kontinuitet i eftervården är att använda sig av personal med

dubbelkompetens, som både kan arbeta inom MHV och BHV. Dubbelkompetens framkom som ett bifynd i resultatet och kunde återfinnas i Norrbottens län. För kvinnan/föräldrarna kan dubbelkompetens tänkas öka upplevelsen av kontinuitet, då det ökar möjligheten att behålla den barnmorska de haft under graviditeten under den vidare vården inom BHV. Dessvärre var personal med dubbelkompetens alltmer sällsynt, då många gick i pension och tillgängligheten på ny personal med dubbelkompetens var låg. Kravet på att hålla sig uppdaterad inom båda professionerna försvårade arbetssättet, vilket bidrog till att många istället valde att inrikta sig på en specifik verksamhet.

Studier visar att föräldrar är mer missnöjda med stödet efter födseln till skillnad mot stödet under graviditeten (Rudman & Waldenström, 2007; Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006). Så mycket som 40 % av kvinnorna uppger att de önskar ökat stöd under de första veckorna efter födseln. Om det alltid sett ut så eller om missnöjet med eftervården ökat parallellt med att vårdtiderna på BB minskat är oklart. Vad som däremot är bevisat är att amningsfrekvensen minskat betydligt under de senaste tio åren (Socialstyrelsen, 2013a) och förekomsten av PPD (Post Partum Depression) (Fenwick et al., 2012; Seimyr, 2009; Wickberg & Wang, 2001) och PTSS (Post Traumatiskt Stressyndrom) (Fenwick et al., 2012) är hög hos kvinnor post partum. Kan den negativa utvecklingen bero på bristen på kontinuitet i eftervården? Skulle MHV genom större insatser av barnmorskor på mödravårdscentralerna kunna påverka kvinnors/föräldrars upplevelse av eftervården, kvinnans välmående samt öka frekvensen av ammande kvinnor?

7.2.1. Svagheter

En svaghet med studien var att den enbart fokuserade på eftervården av kvinnan och kvinnans upplevelse av det tidiga föräldraskapet. Ingen beskrivning av mannens/partners upplevelse av situationen presenterades i arbetet. Det betyder inte att författaren till föreliggande studie anser att mannen/partnern är mindre viktig i föräldrasituationen. Valet att enbart fokusera på kvinnan gjordes på grund av att majoriteten av tillgängliga studier inom ämnet enbart berörde kvinnan, men även för att begränsa arbetets omfång till den tid som fanns att disponera. En annan svaghet med studien var att ingen uppgift om antal involverade kvinnor som mottog aktiv eftervård av MHV kunde ges. Resultatet redovisades endast på mödravårdscentralsnivå och antal

inskrivna kvinnor på respektive mödravårdscentral skiljer sig avsevärt åt. Dock ger resultatet en god överblick över hur eftervården i Sverige ser ut idag med stora skillnader både geografiskt och på mödravårdscentralsnivå.

7.3. Vidare studier

Efter vad som framkom i föreliggande resultat väcktes ett intresse för vidare vetenskap inom området. Hur upplever kvinnorna den vård som ges alternativt inte ges av mödravårdscentralerna? En jämförande studie där kvinnors upplevelser av eftervården inom ett aktivt SAMBA-område undersöks och jämförs med kvinnors upplevelser av eftervården i ett inaktivt SAMBA-område vore av intresse. Finns olikheter i fysisk och psykisk hälsa, påverkas amningsfrekvensen och förändras deras upplevelse av kontinuitet i eftervården? Vidare vore det av intresse att studera mäns/partners upplevelse av det tidiga föräldraskapet och den eftervård som erbjuds. Att kvinnor upplever brist i stöd och uppmärksamhet under nyföddhetsperioden har framkommit i studier, men männens/partners upplevelse av eftervården är än så länge okänd.

8. Referenser

Akademiska Sjukhuset. (2011). *BB vård I hemmet – telefonkontakt* (PM). Skickad via mejl 18 januari, 2014, från samordningsbarnmorska i Uppsala läns landsting.

Barimani, M. (2012). *Bridging the gap in the chain of care for expectant and new mothers*. (Doctoral dissertaton, The institute of Karolinska, The center of Family and Community Medicine, Department of Neurobiology, Care Science and Society).

Barimani, M. & Hylander, I. (2008). Linkage in the chain of care: A grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. *International Journal of Integrated Care*. 8: p. 1-13.

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E., Hylander, I. (In press). Professional support and continuity of care during the first two weeks after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science*.

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 Science*. 28: p. 57-65.

Barnhälsovårdens Rikshandbok. (2014). *Metoder på BVC: Hembesök*. Hämtad 14 februari, 2014 från Barnhälsovårdens Rikshandbok, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/Hembesokbakgrundochsyfte/>

Björklund, U., Brissman, L., Kilsbeck, M., Mogren, I., & Nilses, C. (2007). *Nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård: Sammanställning av strukturdata 2007*. Hämtad 28 januari, 2014, från Uppsala Clinical Research Center, www.ucr.uu.se/mhv/index.php/arsrapporter/doc_download/13-strukturenrapport-2007+&cd=2&hl=sv&ct=clnk&gl=se

Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P.G., & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *The Cochrane Collaboration*. (3). DOI: 10.1002/14651858.CD002958.

Codex, Centrum för forskning och bioetik. *Oredlighet i forskning*. Hämtad 27 januari, 2014, från Codex, <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>

- Ekström, A & Nissen, E. (2006). A mothers feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counselling and continuity of care. *Pediatrics*. 118: p. 309-314.
- Ellberg, L. (2009). Den okomplicerade barnsängstiden. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor* (s. 431-446). Lund: Studentlitteratur.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Barclay, L., Buist, A., & Ryding, E. L. (2012). Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation. *Midwifery*. 29: p. 217-224.
- Fredriksson, G., Högberg, U., & Lundman, B. (2003). Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and bonding. *Midwifery*. 19: p. 267-276.
- Förening för familjecentralers samverkan (FFFF). (2013). *Kartläggning familjecentraler*. Hämtad 7 februari, 2014, från FFFF, <http://www.familjecentraler.se/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=21273>
- Gurber, S., Bielinski-Blattmann, D., Lemola, S., Jaussi, C., von Wyl, A., Surbek, D., Grob, A., & Stadimayr, W. (2012). Maternal mental health in the first 3-week postpartum: The impact of caregiver support and the subjective experience of childbirth – A longitudinal path model. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 33(4): p. 176-184.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. (327): p. 1219-1221.
- Haggerty, J., Roberge, D., Freeman, G., & Beaulieu, C. (2013). Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. *Annals of Family Medicine*. 11(3): p. 262-270.
- Hildingsson, I. & Thomas, J. E. (2007). Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 52(2): p. 126-133.

- Hoddinott, P., Pill, R., & Chalmers, M. (2007). Health professionals, implementation and outcomes. Reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Family Practice*. 24: p. 84-91.
- Kline, C. R., Martin, D. P., & Deyo, R. A. (1998). Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstetric and Gynecology*. 92: p. 842-848.
- Kronborg, H., Vaeth, M., & Kristensen, I. (2012). The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing*. 29(4): p. 289-301.
- Mödrahälsovårdsregistret. (2012). *Årsrapport 2012*. Hämtad 28 januari, 2014, från Mödrahälsovårdsregistret, <http://www.ucr.uu.se/mhv/>
- Nordström, L., Wiklund, I., & Lingman, G. (2008). Puerperium: fysiologi och handläggning. I H. Hagberg, K. Marsal, & M. Westgren (Red.). *Obstetrik* (s. 131-134). Lund: Studentlitteratur.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*. 26: p.1-16.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (7th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2012). Relation between perceived stress, social support and coping strategies and maternal wellbeing: A review of the literature. *Women & Health*. 53:p. 74–99.
- Rudman, A. & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*. 7(178).
- Seimyr, L. (2009). Den komplicerade barnsängstiden: Känsломässiga reaktioner. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor* (s. 447-457). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 4 februari 2014, från Riksdagen.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (1996). *Hälsovård före under och efter graviditet* (SoS-rapport 1996:7). Socialstyrelsen: Stockholm.

Socialstyrelsen. (2005). *Översyn av Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS. Upphävande av vissa författningar på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 24 februari, 2014, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9814/2005-1-18_2005119.pdf

Socialstyrelsen. (2011). Att mäta kvalitet i barnhälsovården: Utveckling och testning av kvalitetsindikatorer för öppna jämförelser. Hämtad 19 mars, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18325/2011-5-8.pdf>

Socialstyrelsen. (2013a). *Amning och föräldrars rökvanor, barn födda 2011*. Hämtad 17 mars, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19202/2013-9-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2013b). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Hämtad 5 februari, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19289/2013-12-16.pdf>

Stockholms läns landsting (SLL). (2005). *Normal graviditet, förlossning och eftervård* (Regionalt vårdprogram). Hämtad 5 februari, 2014, från Vårdgivarguiden, <http://www.vardgivarguiden.se/Behandla/Vardprogram-och-HTA-rapporter/Vardprogram/Normal-graviditet-forlossning-och-eftervard/>

Stevens, H., Fadl, H., Westergren, C., Knutson, B., & Ny, P. (2008). Medicinskt basprogram i samband med graviditet. I A. Andersson-Ellström (Red.) *SFOG Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv hälsa* (Rapport 59). Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Stockholm.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi & Svenska Neonatalsektionen (SFOG & SNS). (2013). *Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*.

Hämtad 29 januari, 2014, från SFOG,

https://www.sfog.se/media/154226/s_ker_v_rd_efter_f_rlossningen_2013.pdf

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85: p. 551-560.

Wickberg, B., & Hwang, P. (2011). Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken. *Läkartidningen*. 28(13): s.1534-1538. Hämtad från, <http://www.lakartidningen.se/>

Widström, A-M. (2009). Amning. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor* (s. 474-475). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO). Technical Working Group. (1999). *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*. Hämtad 29 januari, 2014, från WHO, http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf?ua=1

Yonemoto, N., Dowswell, T. Nagai, S., & Mori, R. (2013). Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). *The Cochrane Collaboration*. (7). DOI: 10.1002/14651858.CD009326.

Örebro läns landsting. (2013). Vårdrutiner för nyfödda på förlossningen/BB/eftervård – gemensamt för vårdkedjan i ÖLL (PM). Hämtad 3 mars, 2014, från Örebro läns landsting, <http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivare/Barnh%C3%A4lsor%C3%A5rden/RHB/05-Nyfodda/Vardrutiner-nyfodda-pa-forlossning-BB-eftervard.pdf>

1177 Vårdguiden. (2012). *PKU-prov*. Hämtad 24 februari, 2014, från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Kronoberg/Fakta-och-rad/Undersokningar/PKU-prov/>

Bilaga 1.

Hej

Vi är två forskare som fått forskarmedel från forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd med syfte att öka kontinuitet och stöd för familjen den närmaste tiden efter förlossningen. Vårt fokus ligger på mödrahälsovårdens roll tiden efter förlossningen. Vi håller nu på med en kartläggning i Sverige angående mödrahälsovårdens delaktighet i eftervården och skulle därför vara tacksamma om du kan besvara tre frågor.

Kartläggningen kommer att utföras i samarbete med barnmorskeprogrammet på Karolinska Institutet i Stockholm.

- 1) Hur många mödravårdscentraler finns i ditt upptagningsområde/ansvarsområde?**
- 2) Har mödrahälsovården i ditt upptagningsområde någon aktiv roll i eftervården de närmaste 4 veckorna efter förlossningen (avser inte efterkontrollen som enligt basprogram erbjuds alla)?**
- 3) Om svar ja på ovan fråga, hur deltar mödrahälsovården i eftervården? Bifoga gärna aktuella PM eller dokument.**

Vi är tacksamma för din medverkan! Svara med e-post till sofia.fristrom@stud.ki.se. Hoppas att vi också får kontakta dig igen om vi behöver komplettera informationen.

Med vänliga hälsningar Sofia Friström

Ansvariga Forskare

Mia Barimani

Leg. Barnmorska medicine
doktor
Karolinska InstituteI
Instutionen för kvinnors och
barns hälsa
mia.barimani@ki.se
08 52482401

Anna Vikström

Leg. Barnmorska medicine
doktor
Karolinska Institutet
Centrum för allmänmedicin
anna.vikstrom@ki.se
08 12313661

Sofia Friström

Barnmorskestudent
Karolinska Institutet
sofia.fristrom@stud.ki.se