



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Gravida kvinnors val av och förväntningar på caseload kontinuitetsmodell

En kvalitativ intervjustudie

Pregnant women's choice of and expectations on a caseload
midwifery model of care

A qualitative interview study

Författare: Cajsia Rausér och Katrin Ring

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Gravida kvinnors val av och förväntningar på caseload kontinuitetsmodell

En kvalitativ intervjustudie

Pregnant women's choice of and expectations on a caseload
midwifery model of care

A qualitative interview study

Författare: Cajsa Rausér och Katrin Ring

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Caseload kontinuitetsmodell är en form av mödrahälsovård, vilken bland annat har visat sig ge en bättre förlossningsupplevelse, minskat behov av smärtlindring, lägre risk för instrumentell förlossning och minskad förlossningsrädsla. I Sverige finns caseload idag endast i projektform, Min Barnmorska, i Stockholm. **Syfte:** Att belysa gravida kvinnors val av och förväntningar på caseload kontinuitetsmodell under graviditet, förlossning och puerperium. **Metod:** Tio gravida kvinnor inskrivna på Min Barnmorska inkluderades för semistrukturerade intervjuer. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen ledde till kategorierna: *Det Viktiga Valet*, *Den Trygga Kontinuiteten*, *En Stödjande Relation* och *Det Goda Vårdandet*. **Diskussion och konklusion:** Kvinnorna förväntar sig bättre vård och en mer positiv upplevelse med kontinuitet. Kunskap om kvinnors förväntningar, framlagda i studien, kan användas i bemötandet av kvinnan och hennes eventuella partner.

Abstract

Background: Caseload continuity model is a form of maternity care, which has been shown to enhance the birth experience, lower the need for pain relief, reduce risk of instrumental birth and reduce fear of childbirth. In Sweden, caseload is currently only available as a project, Min Barnmorska [My Midwife], in Stockholm. **Aim:** To illustrate pregnant women's choice of and expectations on a caseload midwifery model of care during pregnancy, delivery and puerperium. **Method:** Ten pregnant women admitted to Min Barnmorska were included for semi-structured interviews. Data was analysed with qualitative content analysis. **Result:** The analysis brought forth the categories: *The Important Choice*, *The Reassuring Continuity*, *A Supportive Relationship* and *The Good Caring*. **Discussion and conclusion:** Women expect better care and a more positive experience with continuity. Knowledge about women's expectations, provided by this study, can be used to improve the care of women and their partners.

Nyckelord

Kontinuitet, Förväntningar, Mödrahälsovård, Caseload, Barnmorska, Val av vård

Keywords

Continuity, Expectations, Maternity Care, Caseload, Midwife, Choice of care

Innehållsförteckning

Problemområde	6
Bakgrund	6
Mödrahälsovård	6
Vård under graviditet	7
Förlossningsvård	8
Eftervård	8
Den gravida kvinnan	9
Barnmorskans roll	9
Caseload kontinuitetsmodell	11
Caseload i Sverige - Min Barnmorska, Stockholm	12
Kontinuitet	12
Vårdval	12
Förväntningar	13
Syfte	13
Metod	13
Urval	13
Datainsamling	14
Analys av data	15
Forskningsetiska avvägningar	16
Resultat	17
Det Viktiga Valet	18
Faktorer som påverkar	18
Så självklart och naturligt	19
Den Trygga Kontinuiteten	19
Trygghet hela vägen	19

Ett holistiskt synsätt	21
Begränsade valmöjligheter	21
En Stödjande Relation	21
Tillit, ömsesidighet och förtroende	22
Känna min bakgrund och främja min process	22
För både mig och min partner	23
Förståelse och öppenhet	23
Det Goda Vårdandet	24
Individuellt utformat	24
Patientsäkert	25
Tillgängligt och professionellt	25
Normalt och positivt	26
Diskussion	27
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	30
Känna trygghet	30
Relationens fördelar	31
Kontroll och minskad oro	31
Partnerskap för en bättre vård	32
Den självklara kontinuiteten	33
Förslag på vidare studier	33
Konklusion och implikationer	34
Referenser	35
Författarnas arbetsfördelning	42

Problemområde

Barnmorskan ansvarar för handläggningen av normala graviditeter, förlossningar och eftervård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Caseload kontinuitetsmodell innebär en sammanhållen vårdkedja genom graviditet, förlossning och puerperium, där en primär barnmorska följer den gravida och födande under hela vårdkedjan (National Health Service [NHS], 2017; Page, 2003). Detta till skillnad från standardvården i Sverige, där kvinnan möter flera olika barnmorskor i mödrahälsovårdens instanser (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2018). Caseload-vård har rapporterats kostnadseffektivt, medicinskt säkert, och uppskattat av såväl den gravida som hennes eventuella partner (Jepsen, Mark, Foureur, Nøhr & Sørensen, 2017; Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016; Tracy et al., 2013; Tracy et al., 2014).

I Sverige pågår just nu projekt där caseload-modellen utvärderas, till vilka kvinnor själva kan söka sig (Karolinska universitetssjukhuset, 2018).

Både ur ett internationellt och nationellt perspektiv saknas kunskap om kvinnors förväntningar på caseload kontinuitetsmodell. Kunskap om förväntningar är viktig för att barnmorskan ska kunna möta kvinnorna där de är (Wiechula et al., 2015). Föreliggande studie kan bidra till att fylla denna kunskapslucka.

Bakgrund

Mödrahälsovård

Mödrahälsovården i Sverige har som mål att alla kvinnor ska kunna genomgå en trygg graviditet och förlossning, och att optimera alla föräldrars möjlighet till friska barn (Collberg & Ellis, 2014). Mödrahälsovården ska bidra till tidig upptäckt av somatiska och psykiska komplikationer som riskerar att negativt påverka fostret, föräldraskapet och/eller anknytningen mellan barn och föräldrar (Netterheim, Bekric & Hallstedt, 2019).

I Sverige är mödrahälsovården kostnadsfri (Persson, 2017). Nästan alla gravida nyttjar mödrahälsovården (Collberg & Ellis, 2014; SKL, 2018). Den gravida ges livsstilsråd, och får

vård i enlighet med sina och fostrets behov, anpassat efter deras förutsättningar och situation (Collberg & Ellis, 2014; Netterheim et al., 2019).

I svensk mödrahälsovård följs kvinnan vanligen av en och samma barnmorska under graviditeten samt vid efterkontroll, och en eller flera andra barnmorskor under förlossningen. Om kvinnan vårdas på perinatalavdelning före och/eller efter förlossningen möter hon ytterligare andra barnmorskor eller sjuksköterskor under vårdtiden (SKL, 2018).

Internationellt sett kan vårdens organisation skilja sig från den svenska, exempelvis genom att kvinnan träffar läkare istället för barnmorskor. Ovanstående svenska modell, liksom internationella modeller där kvinnan vårdas av olika personer under graviditet och förlossning, kommer att refereras till som standardvård i föreliggande arbete.

I mödrahälsovårdens arbete ingår vård under graviditeten och efter barnets födelse (Netterheim et al., 2019). I föreliggande arbete framhävs att även förlossningsvården borde betraktas som en del av mödrahälsovården. Denna syn ligger i linje med caseload kontinuitetsmodell, där hela graviditeten, förlossningen och puerperiet utgör en och samma vårdkedja (NHS, 2017; Page, 2003).

Vård under graviditet

Graviditeten varar i ca 40 veckor, under vilka den gravida genomgår en omfattande fysiologisk omställning (Risberg, 2016). Detta medför ofta en rad symtom för den gravida, som kan uppfattas som mer eller mindre besvärande (Ceprnja, Chipchase & Gupta, 2017; Collberg & Ellis, 2014; Zielinski, Searing & Deibel, 2015). Graviditeten är också en mental process för blivande föräldrar. Den psykologiska omställningen kan vara utmanande i sig, och mer uttalat så för personer med psykisk ohälsa (Rubertsson, 2016).

Kvinnan och hennes eventuella partner erbjuds hälsosamtal och inskrivning och därefter graviditetskontroller, vid vilka fostrets hälsa och tillväxt övervakas och följs upp, liksom den gravidas fysiska och psykiska välmående. Ovanstående är i enlighet med det nationella basprogrammet för mödrahälsovården (Netterheim et al., 2019).

Förlossningsvård

Den normala förlossningen beskrivs som en dynamisk process, i vilken fostrets och moderns fysiologi samspelar, tillsammans med psykosociala faktorer (International Confederation of Midwives [ICM], 2014b). Tillgång till barnmorska eller annan kompetent vårdpersonal under förlossningen är avgörande för utfallet, och en av de viktigaste faktorerna för att minska mödradödligheten. I många utvecklingsländer föder de flesta kvinnorna i hemmet utan sådan tillgång, och mödradödligheten är hög (Alkema et al., 2016; Prata et al., 2011).

I Sverige är mödradödligheten betydligt lägre än globalt (United Nations, 2018). Förlossning sker vanligen på sjukhus. Endast cirka 100 planerade hemförlossningar, med barnmorskor på plats, genomförs årligen (Lindgren, 2008).

Förlossningsvård i såväl Sverige som internationellt har utvecklats från ett förhållningssätt där barnmorskan varit mer avvaktande, till att medicinsk teknik utvecklats och gett nya möjligheter inom exempelvis fosterövervakning, mer effektiv smärtlindring, bättre metoder för värkstimulering samt säkrare kejsarsnitt (Waldenström, 2016). Framstegen medförde en medikalisering av förlossningen, vilken fick stor kritik globalt. Nu ses parallellt med medikaliseringen en trend mot mer hemtrevliga förlossningsrum, ökad lyhördhet inför kvinnans önskemål och alternativa, icke-farmakologiska metoder för smärtlindring (a.a.).

Under förlossningen övervakas fostrets och den födandes hälsa. Den födande erbjuds smärtlindring och psykosocialt stöd, och efter förlossningen inspekteras och sutureras eventuella bristningar i underlivet (Lindgren & Wiklund, 2016a; Waldenström, 2016).

Eftervård

Puerperiet är perioden från förlossningen till 6-8 veckor postpartum (Nordström & Wiklund, 2014). Eftervården innefattar kontroll och uppföljning av kvinnan och det nyfödda barnets hälsa (Socialstyrelsen, 2017). De första timmarna efter förlossning följs kvinnans blödning, vilken inte får bli för riklig (Nordström & Wiklund, 2014). Även stöd i amning erbjuds som en del i eftervården (Socialstyrelsen, 2017). Amning och anknytning kan störas av ett flertal faktorer, exempelvis psykisk ohälsa hos modern. Det är därför viktigt att barnmorskan ger individuellt anpassat amningsstöd (Dias & Figueiredo, 2015; Kerstis et al., 2016; Moehler, Brunner, Wiebel, Reck & Resch, 2006).

Inom 16 veckor efter förlossning ska alla kvinnor som fött barn erbjudas besök på barnmorskemottagning för efterkontroll. Förlossningen, amning och den första tiden hemma med barnet avhandlas. Kvinnans fysiska och psykiska hälsa följs upp, och en gynekologisk undersökning erbjuds vid vilken eventuella bristningar samt kvinnans knipförmåga bedöms (Netterheim et al., 2019).

Den gravida kvinnan

Det åligger barnmorskan att se till kvinnan såväl som till hennes familj, eventuella partner och barn, och att arbeta för att främja deras hälsa (ICM, 2014a). I föreliggande arbete kommer dock endast den gravida kvinnans perspektiv att beaktas.

Barnmorskans roll

Barnmorskans kompetensområde är den sexuella, reproduktiva och perinatale hälsan. Däri ingår att handlägga vård under graviditet, förlossning och puerperium. I barnmorskans kompetens ingår fokus på faktorer som patientsäkerhet och kontinuitet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Det åligger barnmorskan att arbeta evidensbaserat (ICM, 2014a). Det innebär att ha kunskap om och följa bästa tillgängliga evidens och klinisk expertis (Kristensson, 2014). Barnmorskan ska också bidra till utvecklingen inom kunskapsområdet, och verka för att kunskapen ska komma alla individer till gagn (ICM, 2014a).

Enligt Berg, Oláfsdóttir och Lundgren (2012) krävs för kvinnocentrerad förlossningsvård en ömsesidig relation och en god atmosfär för födandet, där det första är en nödvändighet för det senare. Barnmorskan behöver vara närvarande såväl fysiskt som psykiskt hos den födande, stötta henne på hennes villkor, och bekräfta kvinnan som individ. Barnmorskan måste eftersträva tillit och förtroende hos kvinnan. Kvinnan måste i sin tur vara mottaglig för relationen för att den ska bli ömsesidig. Hon måste välja att lita på sin barnmorska och våga anförtro sig. Miljön för födandet ska vara trygg, lugn och positiv. Barnmorskans förhållningssätt och kvinnans känsla av förtroende till sin egen förmåga att föda och till barnmorskan är avgörande faktorer för att kvinnan ska uppleva en god atmosfär för födandet (Berg et al., 2012). En trygg och kontinuerlig relation är således en nyckelkomponent för en

positiv förlossningsupplevelse (Dahlberg & Aune, 2013). Barnmorskan torde vid caseload-vård ha ökad möjlighet att etablera en ömsesidig relation, skapa trygghet och tillit, och på så vis ge en god atmosfär för födandet. Således kan barnmorskan erbjuda kvinnan den trygghet och det lugn som är avgörande för förlossningsupplevelsen (Berg et al., 2012).

Under graviditeten är det barnmorskans uppgift att lyssna in den gravidas och hennes familjs unika situation och behov, och identifiera deras individuella styrkor och risker. Vid behov ska barnmorskan erbjuda riktat stöd utanför basprogrammet - såsom extra besök, stödsamtal eller rådgivning - och remittera till andra vårdgivare om ytterligare kompetens behövs (Netterheim et al., 2019). På så vis har barnmorskan stort inflytande över den gravidas och det väntade barnets hälsa. Barnmorskan ger också hälsofrämjande råd och information generellt och specifikt för graviditeten, vilket är centralt inom barnmorskans kompetens (ICM, 2014a; Rubertsson, 2016).

Vid förlossningen övervakar barnmorskan hur förloppet fortskrider. Barnmorskan samverkar med den födande och ger psykosocialt och medicinskt stöd, samt bistår under utdrivningen med exempelvis handgrepp och instruktioner för krystning (Lindgren & Wiklund, 2016b). De flesta gravida och deras eventuella partners har förväntningar av olika slag på förlossningen. Det är upp till barnmorskan att identifiera deras behov, och bemöta dem med respekt (Lindgren & Wiklund, 2016a). Att stärka den födandes autonomi är en viktig del i arbetet, då trygghet, känsla av kontroll och delaktighet är avgörande för förlossningsupplevelsen (Hildingsson, Nilsson, Karlström & Lundgren, 2011).

I efterskedet bedömer barnmorskan den förlösta och det nyfödda barnets hälsa, och vidtar åtgärder därefter (Socialstyrelsen, 2017). Barnmorskan bör också facilitera för eventuella partners aktiva deltagande i vården av barnet, och eftersträva jämlik vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Amning är en del av barnmorskans kompetensområde där många kvinnor behöver råd och stöttning. Barnmorskan kan bidra till att fler ammar och att amningen varar längre genom att erbjuda information, rådgivning och stöd (Bäckström, Hertfelt Wahn & Ekström, 2010; Fairbank, O'Meara, Sowden, Renfrew & Woolridge, 2001).

Caseload kontinuitetsmodell

Caseload är en kontinuitetsmodell som innebär att den gravida har en primär barnmorska som hon träffar under hela förloppet av graviditet, förlossning och puerperium. Barnmorskan har ett bestämt antal kvinnor att ansvara för, ett caseload, och lär även känna kvinnorna i sina kollegors caseloads för att kunna täcka upp för den primära barnmorskan vid behov. Caseload är en vårdform som erbjuder kvinnan en större kontinuitet i vårdkedjan, jämfört med standardvård (NHS, 2017; Page, 2003).

Caseload kontinuitetsmodell etablerades som offentlig vårdform i Storbritannien på 1990-talet (Page, 2003). Modellen förekommer utbrett i flera länder, bland andra Australien och Danmark (Jepsen, Juul, Foureur, Sørensen & Nohr, 2018; Newton, McLachlan, Willis & Forster, 2014).

Caseload kontinuitetsmodell har visat sig vara ett medicinskt säkert och kostnadseffektivt alternativ till standardvård. Modellen har rapporterats medföra lägre risk för elektiva kejsarsnitt och instrumentella förlossningar, samt högre sannolikhet att förlossningen startar spontant (Sandall et al., 2016; Tracy et al., 2013; Tracy et al., 2014).

Färre kvinnor behöver epidural eller spinal analgesi vid caseload-vård jämfört med standardvård. Likaså är perineotomi mindre vanligt, och mödrarna har uttryckt högre nöjdhet med caseload-vård jämfört med standardvård (Sandall et al., 2016). För kvinnor som lider av förlossningsrädsla har caseload-modellen visats vara ett lämpligt alternativ för att minska rädslan (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines, 2018).

Caseload är en relationsskapande vårdform där kvinnor och deras eventuella partners upplever att de lär känna sin barnmorska, vilket är en trygghet under förlossningen där de möts av en vän snarare än en främling. Barnmorskan känner dem och är insatt i deras specifika situation och önskemål, vilket gör att de känner sig sedda som individer, och inte bara som anonyma i mängden. Såväl de gravida och födande kvinnorna, som deras partners, uppskattar caseload som vårdform (Jepsen et al., 2017).

En dansk retrospektiv kohortstudie rapporterade en överrisk för lägre Apgar-poäng vid caseload-vård jämfört med standardvård (Jepsen et al., 2018). I en systematisk

litteraturoversikt som inkluderade 17 674 kvinnor och deras nyfödda rapporterades dock inga ogynnsamma utfall med caseload-vård jämfört med standardvård, vare sig för kvinnorna eller de nyfödda barnen (Sandall et al., 2016).

World Health Organization (2018) rekommenderar att kontinuerlig mödrahälsovård erbjuds alla kvinnor för att förbättra vårdkvaliteten.

Enligt en australiensisk kvantitativ enkätstudie är caseload kontinuitetsmodell att föredra även för barnmorskan (Newton et al., 2014). Barnmorskor arbetandes inom modellen löper lägre risk att drabbas av utbrändhet samt är i högre utsträckning nöjda med sin profession och med det professionella stöd de får på sin arbetsplats, jämfört med barnmorskor inom standardvård (a.a.).

Caseload i Sverige - Min Barnmorska, Stockholm

I Sverige förekommer caseload-modellen idag endast i projektform på enstaka platser. Vid en förlossningsavdelning på Karolinska universitetssjukhuset, tillsammans med två barnmorskemottagningar, pågår projektet Min Barnmorska utifrån caseload kontinuitetsmodell. Två team, om tre-fyra barnmorskor, finns tillgängliga. Kvinnorna lär under graviditeten känna ett team, men har en primär barnmorska. Barnmorskorna i teamet turas om att ha jour, för att någon av dem alltid ska vara tillgänglig för förlossning. Efter förlossningen erbjuds kvinnan BB-vård i hemmet av barnmorskorna hon redan känner. Projektet vänder sig främst till kvinnor med förlossningsrädsla, men alla kvinnor är välkomna att anmäla sitt intresse (Karolinska universitetssjukhuset, 2018).

Kontinuitet

Kontinuitet definieras enligt Nationalencyklopedin [NE] som ett "oavbrutet sammanhang i tiden eller rummet" (NE, u.å.). I föreliggande arbete avses vårdgivarkontinuitet i mödrahälsovården (NHS, 2017; Page, 2003).

Vårdval

I Sverige tillämpas i de flesta fall fritt vårdval, vilket bland annat innebär att gravida kvinnor kan söka sig till vilken mödrahälsovård de vill. Ett aktivt val måste göras (SKL, 2018).

Förväntningar

I föreliggande arbete definieras förväntningar som en stark tro eller förhoppning att något ska komma att bli på ett visst sätt, eller inträffa, i framtiden (Walter, Woodford & Good, 2008). Att känna till vilka förväntningar en person har är av vikt för att kunna möta personen där den befinner sig (Wiechula et al., 2015). Att identifiera kvinnans styrkor och risker, och att erbjuda vård enligt hennes individuella förutsättningar, är en viktig del av barnmorskans arbete (ICM, 2014a). Av ovan nämnda skäl ter det sig av stor vikt att belysa vilka förväntningar kvinnor har på caseload kontinuitetsmodell.

Syfte

Syftet med studien var att belysa gravida kvinnors val av och förväntningar på caseload kontinuitetsmodell under graviditet, förlossning och puerperium.

Metod

En kvalitativ intervjustudie har genomförts (Kvale & Brinkmann, 2014). Kvalitativ metod är lämplig vid frågeställningar som berör känslor och upplevelser, där forskarna vill ha svar på frågor som hur och varför (Giacomini & Cook, 2000; Kristensson, 2014; Kuper, Reeves & Levinson, 2008). Studien genomfördes med en induktiv ansats (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

Ett bekvämlighetsurval tillämpades (Kristensson, 2014; Palinkas et al., 2015). Barnmorskor vid barnmorskemottagningarna anslutna till Min Barnmorska ombads tillfråga samtliga lämpliga kvinnor de mötte vid hälsosamtal, inskrivning eller annat besök om deltagande i studien. Underskrivna samtyckesblanketter med kvinnornas kontaktuppgifter postades till föreliggande studies författare, varpå kontakt med kvinnorna togs via mejl eller telefon.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var god förmåga att uttrycka sig i tal på svenska, samt ålder över 18 år. Gravida kvinnor inskrivna i mödrahälsovården Min Barnmorska

inkluderades. Då studien syftade till att undersöka kvinnors förväntningar fick graviditeten ej ha passerat vecka 24+6 vid intervjutillfället för inklusion i studien.

Exklusionskriterier för deltagande i studien var att graviditeten gått till vecka 25+0 eller längre, icke svensktalande, samt omyndiga kvinnor. Exkluderade ur studien var även kvinnor med egna tidigare erfarenheter av caseload kontinuitetsmodell.

Verksamhetschefen på berörda barnmorskemottagningar tillfrågades om tillstånd att genomföra studien, vilket medgavs skriftligen. Rekrytering pågick fortlöpande mars-oktober 2019. Ett stoppkriterium på tre intervjuer i rad där inget nytt tillkom, för att säkerställa datasaturationen, tillämpades (Francis et al., 2010).

Datainsamling

Enskilda narrativa intervjuer genomfördes (Kvale & Brinkmann, 2014). I den narrativa intervjun kan intervjuaren ställa följdfrågor för att få klarhet och struktur i berättelsen, och hjälpa den berättande att komma vidare i sin berättelse. I övrigt bör intervjuaren vara tyst och inte avbryta, men tydligt visa på ett aktivt intresse (a.a.). Samtliga intervjuer genomfördes av författarna gemensamt.

Intervjuerna var semi-strukturerade och inleddes med en öppen huvudfråga: *Kan du berätta för oss hur det kommer sig att du valde Min Barnmorska under din graviditet, och vilka förväntningar du har på vården under graviditet, förlossning och tiden efteråt?* Ett formulär med fördjupande frågor fanns tillgängligt för intervjuerna (Bilaga 1). Flexibilitet fanns att avvika från frågorna baserat på informantens berättelse (Compton, 2005; Ryan, Couchlan & Cronin, 2009).

Den första intervjun som genomfördes var en pilotintervju för att testa att syftet kunde besvaras med hjälp av de planerade frågorna. Frågeformuläret reviderades därefter med tillagda fördjupningsfrågor, se Bilaga 1 (Majid, Othman, Mohamad, Lim & Yusof, 2017). Pilotintervjun föll väl ut och inkluderades i analysen.

Intervjuerna genomfördes via telefon. Sex av intervjuerna genomfördes med videosamtal, övriga informanter önskade ett vanligt telefonsamtal. Anteckningar fördes under

videosamtalen om informantens kroppsliga uttryck, för att användas i tolkningen av intervjuerna. Samtliga intervjuer spelades in. Intervjuerna var 19-43 minuter långa, genomsnittslängden var 31 minuter. Under intervjuerna inhämtades även uppgifter såsom informantens ålder och paritet (Bilaga 2).

Analys av data

Varje intervju analyserades översiktligt direkt efter intervjutillfället, för att kunna identifiera när datamättnad uppnåtts. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, med fokus på såväl det manifesta, textnära innehållet, som det latent, den underliggande meningen (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet lästes igenom upprepat tills de meningsbärande enheterna identifierats. Enheterna, vilka består av meningar eller stycken som representerar innebörden i vad informanten säger, kondenserades och förkortades. Enheterna kodades, och koderna jämfördes sedan avseende likheter och skillnader, för att därefter sorteras in i underkategorier och kategorier, se Tabell 1 (a.a.). Anteckningarna om de intervjuades kroppsspråk användes för att fördjupa förståelsen av det som uttalades i intervjuerna. Författarna läste initialt igenom all data enskilt, samt identifierade meningsbärande enheter och föreslog koder till dessa, i syfte att inte påverkas av varandra (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe & Neville, 2014). Därefter jämfördes tolkningarna och datan granskades igen tillsammans, i samråd med handledare, för att öka trovärdigheten. (Francis et al., 2010; Graneheim & Lundman, 2004). Analysprocessen fortgick tills författarna var helt överens om datans innebörd, och validerades därefter av handledaren.

Tabell 1. Exempel på bearbetning av meningsbärande enheter till färdig kategori enligt Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Jag sa att jag ville göra såhär, och han... tyckte att Huddinge inte var det bästa sjukhuset för oss att åka till, att det var lite långt bort, men... Jag sa bara, att jag tycker att det här är det bästa sättet att göra och det är det enda stället som erbjuder det just nu, så... han bara accepterade det. Men det är samma... I alla fall för besöken är det samma klinik, Liljeholmen, som vi skulle ha gått till ändå.	Jag tycker att det här är det bästa sättet och det finns inte på något annat ställe. Han tyckte sjukhuset var långt bort, men accepterade det. Men mottagningen är den vi skulle gått till ändå.	Geografiska aspekter påverkar valet	Faktorer som påverkar	Det Viktiga Valet
Så att nej jag tror också att det är, nej men det känns bara så, det är såhär det bör vara. På ett sätt är jag inte överexalterad, för det är så normalt i min skalle, det bör ju vara på det här sättet. Så det väl mer bara att jag är förvånad att det inte är så egentligen. Sen har jag gått in i ett parallellt universum där det här är normalt, och så kör jag mer på det här.	Det är såhär det bör vara. På ett sätt är jag inte överexalterad, för det är så normalt i min skalle. Jag är förvånad att det inte är så egentligen.	Kontinuitet känns så självklart och normalt att det är svårt att tänka sig något annat sätt	Så självklart och naturligt	

Forskningsetiska avvägningar

Forskningsfrågan bedömdes inte skadlig för informanterna. Det kan dock föreligga risk för olust i samband med intervjuer, varför beredskap för oväntade händelser fanns (Kvale & Brinkmann, 2014). Denna beredskap innefattade att vid behov inhämta fortsatt samtycke under pågående intervju (Ryan et al., 2009). Intervjuaren hade också möjlighet att hänvisa informanten till sin primära barnmorska vid behov av vidare samtal (Dempsey, Dowling, Larkin & Murphy, 2016).

Ljudinspelningarna gjordes helt avidentifierade, och förvarades på en lösenordsskyddad dator (Ryan et al., 2009). Ingen video spelades in. Efter magisteruppsatsens godkända examination destruerades inspelningarna och transkripten.

Potentiella informanter fick skriftlig information om studiens syfte och genomförande, samt hur data skulle hanteras, innan intervjutillfället. Information om att deltagande i studien var frivilligt och att informanten när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange anledning inkluderades också. Vid intervjutillfället upprepades informationen muntligen, och kvinnan tillfrågades igen om hon ville delta (Ryan et al., 2009).

Ovanstående etiska avväganden är i linje med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018).

Rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden [VEN] erhöles i februari 2019. VEN hade inga invändningar mot studiens genomförande.

Resultat

Tio kvinnor i åldrarna 26-42 år intervjuades. De väntade sitt första eller andra barn, och var vid intervjutillfället i graviditetsvecka 11-22. Kvinnor sammanboende med en partner såväl som ensamstående intervjuades.

Analysen utmynnade i 13 underkategorier vilka grupperades i 4 huvudkategorier, tillsammans innefattande tankar kring valet av och förväntningar på en kontinuerlig vårdkedja.

Kategorierna som framkom är *Det viktiga valet*, *Den Trygga Kontinuiteten*, *En Stödjande Relation* samt *Det Goda vårdandet* (Tabell 2).

Nedan redovisas de framkomna kategorierna och underkategorierna, med stöd av citat för att spegla informanternas tankar. Samtliga förnamn presenterade är fiktiva.

Tabell 2. Tabell över kategorier och underkategorier

Det Viktiga Valet	Den Trygga Kontinuiteten	En Stödjande Relation	Det Goda Vårdandet
Faktorer som påverkar	Trygghet hela vägen	Tillit, ömsesidighet och förtroende	Individuellt utformat
Så självklart och naturligt	Ett holistiskt synsätt	Känna min bakgrund och främja min process	Patientsäkert
	Begränsade valmöjligheter	För både mig och min partner	Tillgängligt och professionellt
		Förståelse och öppenhet	Normalt och positivt

Det Viktiga Valet

Flera aspekter av valet att delta i projektet Min Barnmorska framkom, vilka formade underkategorierna *Faktorer som påverkar* och *Så självklart och naturligt*.

Faktorer som påverkar

Ett flertal faktorer spelade in i valet att delta i projektet Min Barnmorska. Oro för hur förlossningsvården ser ut och rapporter om resursbrist, platsbrist och trött personal påverkade kvinnorna, i förhoppning att inte själva drabbas. Det sågs också som en fördel att redan tidigt i graviditeten veta vid vilket sjukhus förlossningen skulle äga rum. En ökad känsla av kontroll var eftersträvansvärd, och hjälpte kvinnorna när de skulle välja sin mödrahälsovård.

“Det finns en viss oro för att förlossningsvården inte ska fungera bra, att man inte ska få träffa tillräckligt mycket personal, i tillräckligt stor omfattning, eller att det, framförallt under förlossningen ska finnas för lite folk eller för trötta, stressade barnmorskor på plats” (Carla).

Kvinnorna fattade beslutet om mödrahälsovård själva men uppgav att deras eventuella partners också var nöjda med valet och att de kommit överens. En aspekt som vägdes in i beslutet var avståndet till mottagningarna och sjukhuset. Ett längre avstånd till mottagningen eller sjukhuset betraktades som en nackdel.

Önskan att lära känna barnmorskan som skulle närvara under deras förlossning, och att barnmorskan skulle få möjlighet att lära känna dem, påverkade valet. Kvinnor med en tidigare svår förlossning bakom sig uppgav att de valt att delta i projektet i förhoppning att kunna få mer stöd vid nästkommande förlossning.

Förhoppningen att genom sitt deltagande visa på efterfrågan på en kontinuerlig vårdkedja, och att bidra till forskning och utveckling av vården, var aspekter som vägdes in. Det uppgavs också vara spännande och roligt att få vara med i ett forskningsprojekt och påverka framtidens vård.

“För min del hoppas jag bara att det fortsätter, det var ju därför jag valde att vara med, tänkte ju fler som är med, kanske påverkar, så hoppas jag att det här fortsätter” (Isabelle).

Så självklart och naturligt

När det kom till valet av mödrahälsovård blev det tydligt att kvinnorna såg en kontinuerlig vårdkedja som det självklara och mest naturliga valet. De uttryckte att all vård borde bedrivas i kontinuerlig anda, och att de innan graviditeten hade trott att det var såhär mödrahälsovården såg ut för alla. Valet blev logiskt, och det tycktes aldrig vara ett alternativ att välja standardvård när möjligheten till kontinuitet väl uppdragats för dem.

“Jag skulle inte säga att programmet kommer att påverka min upplevelse, så mycket som att vara i standardsystemet skulle påverka min upplevelse negativt, för kontinuitet är liksom vad jag väntade mig, och jag var förvånad att det inte var det vanliga” (Jin).

Att få förbereda förlossningen tillsammans med den barnmorska som förväntades närvara kändes mer naturligt och meningsfullt, än att förbereda sig med någon annan, vilket gjorde att valet kändes lätt.

“Med första graviditeten då gick jag på såna aurorasamtal... men det känns ju lite konstigt att prata med någon annan som man vet att det är i alla fall inte du som jag kommer träffa liksom, så det känns på något sätt mer naturligt och tryggare att prata med någon som jag... som jag förhoppningsvis får träffa under förlossningen också” (Mimmi).

Den Trygga Kontinuiteten

Kontinuitet förväntades medföra en ökad känsla av trygghet och lugn genom hela processen av graviditet, förlossning och puerperium, och barnmorskorna förväntades ha ökade möjligheter till ett holistiskt synsätt vid kontinuitet. Projektet kom dock även med sina nackdelar i form av vissa begränsningar i den inskrivna kvinnans valmöjligheter. Kategorin delades följaktligen in i tre underkategorier: *Trygghet hela vägen*, *Ett holistiskt synsätt* samt *Begränsade valmöjligheter*.

Trygghet hela vägen

“Om man ska göra en knäoperation så får man ju träffa läkaren innan och prata med den, och berätta om, dom här förväntningarna har jag, och den här känslan har jag, det här tycker jag känns läskigt, kan du tänka på det här, eller så. När man ska föda barn så bara slängs man in någonstans, vi fick ju inte ens åka till det sjukhuset vi hade valt från början, så då kastas man ju bara in där med massa människor som man aldrig har träffat förut, och så ska man göra en av dom största grejerna i sitt liv. Det är ju också en prestation från ens egen sida. På en knäoperation ska man ju ändå bara åka in och lägga sig och bli sövd och så gör någon annan jobbet. Men nu ska man ju göra det själv, och då är det ju trevligt om möjligheten finns att man har fått åtminstone prata med dem man ska göra det tillsammans med. Ja. Det är ju märkligt egentligen, att det är som det är, tycker jag” (Claudia).

Graviditet och förlossning beskrevs som viktiga men stressande händelser i livet.

Kontinuiteten förväntades ha stor betydelse för att öka kvinnornas trygghet i en livsavgörande händelse. Kvinnorna förväntade sig att få träffa samma barnmorska hela vägen igenom sin graviditet, förlossning och eftervård, eller en bekant barnmorska från teamet om den primära barnmorskan var otillgänglig. Att ha träffat och lärt känna den förlösande barnmorskan innan förlossningen förväntades öka trygghet och minska oro och rädsla hos kvinnan under graviditeten såväl som vid förlossningen och tiden efter. Kvinnorna förväntade sig också att barnmorskan skulle lära känna dem och deras eventuella partner, och på så vis kunna ge dem trygghet hela vägen. Kvinnorna upplevde att kontinuiteten möjliggjorde empowerment i en sårbar situation. Detta förväntades ha stor betydelse för kvinnor utan stöd från en partner, där barnmorskan skulle ha en viktig roll i att stötta dem genom graviditeten och förlossningen, liksom tiden efteråt.

“Det känns väldigt mycket tryggare, just för det är en så sårbar, man är ju så sårbar, man är så orolig och så sårbar. Ja att, då känns det ju väldigt mycket tryggare att inte träffa en massa olika människor, helt enkelt” (Inam).

Förberedelserna för förlossningen förväntades vara mer målinriktade tillsammans med en barnmorska som räknade med att själv närvara, än vad de hade varit inom standardvård. På så vis förväntades kvinnorna få ökad trygghet under förlossningen oavsett om de fick sin egen barnmorska eller inte. Ändå beskrevs det som en oro hos kvinnorna, där de förväntade sig att bli besvikna eller känna ökad oro om de fick en okänd barnmorska, eller om de blev hänvisade till ett annat sjukhus.

Den minskade ovissheten som projektet medför i fråga om vilken barnmorska kvinnorna skulle få möta, men också vilket sjukhus de skulle få föda på, var också en aspekt som förväntades medföra ökad trygghet. Att kunna släppa oro för att bli hänvisad till ett annat sjukhus gav ett ökat lugn redan under graviditeten. Även oro för att något skulle gå fel under förlossningen, antingen för barnet eller för kvinnan, förväntades mildras av att ha sin egen barnmorska på plats. Kvinnorna förväntade sig en ökad trygghet oavsett vad som hände under graviditet, förlossning och tiden efteråt, tack vare vetskapen om en kontinuerlig vårdkontakt, jämfört med vad de förväntade sig av standardvård. Kvinnorna uppgav också ökad trygghet av att de visste vart de skulle vända sig om de kände oro eller fick problem, och av att veta att de skulle få stöd av sin egen barnmorska.

Att få träffa den förlösande barnmorskan i eftervården sågs som en stor fördel, då kvinnorna förväntade sig råd och stöd, och möjlighet till genomgång av händelseförloppet, av den barnmorska som själv närvarade och därmed hade insikt i vad som hänt. Detta förväntades inge en stor trygghet hos kvinnorna efter förlossningen.

Ett holistiskt synsätt

Kontinuitet förväntades ge barnmorskorna ett helhetsperspektiv på ett annat sätt än vid standardvård. Det framkom en förväntan att barnmorskorna ser till hela kvinnan - både hennes fysiska och psykiska hälsa, och är uppmärksam på allt kvinnan bär med sig som kan tänkas påverka hur hon mår, istället för att bara fokusera på kroppsliga symptom.

“När det kommer till en förlossning så blir det, så blir det väldigt mycket fokus på kroppen, och att man inte är en person, med det mentala. [...] Ja det är det jag tycker är generellt i vården att det inte är en helhetssyn utan att man tittar och nu har du ont i huvudet då får du en tablett för det, inte att det kanske kan bero på att jag är spänd eller stressad...” (Aida).

Begränsade valmöjligheter

Kontinuiteten och förutbestämmdheten i projektet riskerade enligt kvinnorna inskränka deras valmöjligheter, främst till följd av att projektet vid tiden för intervjuerna endast fanns i begränsad omfattning. Detta medförde att kvinnorna anslutna till projektet inte kunde välja var de ville föda någonstans, och även en upplevelse av begränsade möjligheter att byta barnmorska om de inte kände att personkemin stämde.

“Det jag kommer att tänka på är att det är så begränsat för närvarande, så du vet att du måste åka till just det sjukhuset om man vill vara med i programmet, även om det troligen inte är det mest bekväma sjukhuset för oss att välja” (Jin).

En Stödjande Relation

Kvinnorna belyste vikten av att ha en relation till sin barnmorska genom hela vårdkedjan, vilket förväntades stödja och stärka såväl dem som deras partners och underlätta för samarbete. Inom kategorin identifierades fyra underkategorier: *Tillit, ömsesidighet och förtroende, Känna min bakgrund och främja min process, För både mig och min partner samt Förståelse och öppenhet.*

Tillit, ömsesidighet och förtroende

Att lära känna barnmorskan innan förlossningen förväntades medföra en djupare, mer förtroendefull relation än vid standardvård, där kvinnorna skulle känna större tillit till sin barnmorska. Det kan vara lättare att lita på någon man träffat innan, till skillnad från en främling. Därmed förväntades det under förlossningen bli lättare att kunna släppa kontrollen och slappna av, och koncentrera sig på födandet istället för att försöka kontrollera situationen.

“...vi ska göra vår grej, och sen så, ja men kunna lita på att det finns folk där som vet vad de gör. Och det känns lättare att lita på någon som man träffat förut, så det känns, ja mer tillit och trygghet” (Claudia).

“Så är det ju med allting, ju bättre man känner någon, desto lättare är det att slappna av” (Inam).

Graviditet och barnafödande beskrevs som en väldigt personlig och intim situation, i vilken det var betydelsefullt att omge sig med välbekanta personer som inger tillit. Det aktiva valet att samarbeta med en specifik barnmorska genom hela vårdkedjan, och möjligheten att bilda en relation inför förlossningen, ökade känslan av ömsesidighet hos kvinnorna.

“Därför att jag på något sätt har valt dom och dom har valt mig. Så känns det mer okej, att vi inte bara blev inslängda till varandra, utan vi gör ju det här tillsammans med dem också på ett annat sätt” (Claudia).

Känna min bakgrund och främja min process

Att få lära känna barnmorskan förväntades medföra att hen skulle få bättre insikt i kvinnans och parets bakgrund och anamnes, jämfört med att bara läsa i journalen. Detta var av stor betydelse för kvinnorna, som förväntade sig att få hjälp att bearbeta sådant de bar med sig sedan tidigare och tillsammans med barnmorskan förbereda sig och göra en plan för den kommande förlossningen. Kvinnorna förväntades få riktat stöd för sin eventuella oro och rädsla, och att de skulle få med sig verktyg för att hantera olika situationer under förlossningen. Tack vare kontinuiteten och det mer målinriktade stödet förväntade sig kvinnorna vara bättre förberedda för förlossningen än vid standardvård.

Barnmorskan förväntades vara lyhörd för kvinnans specifika önskemål och förväntningar och främja delaktighet genom hela förloppet. Detta genom att föra en dialog, ge tydlig information och kontinuerligt stämna av med kvinnan, och inte ta ifrån henne kontrollen. Barnmorskan

förväntades lära känna kvinnan och föra hennes talan i situationer där hon själv inte orkar eller kan.

“...det som är skillnaden är ju att det är samma team som jag träffar innan och efter, eller under och då kan, eftersom att jag då har mitt sätt att se på förlossningen, som är ja men att det är viktigt med medbestämmande och delaktighet, och att ha en social relation och förståelse för våran situation, så då tänker jag att det kan underlätta...” (Madeleine).

För både mig och min partner

Den stödjande relationen förväntades inte bara omfatta kvinnan utan även hennes eventuella partner. Vikten av att barnmorskan såg paret som en enhet, en dyad, där båda behövdes för en bra förlossningsupplevelse, belystes. Likaså lyftes förväntan att barnmorskan skulle stötta även partnern i eventuell oro och rädsla. Avlastning till partnern i rollen att vara kvinnans stöd och talesperson förväntades kunna hjälpa partnern att känna lugn, och vara ett bättre och mer närvarande stöd, istället för att behöva fokusera på praktiska omständigheter.

“Men jag tror att partnern hamnar lätt i skymundan, men det kanske också är den som har den starkaste rollen sen, i och med att det är den som då behöver vara tolken, eller liksom vara stöttepelaren” (Emina).

“Och att han inte heller behöver känna någon panik över att när vi åker in, nu måste jag föra [kvinnans] talan och komma ihåg att säga allting som hon tyckte och tänkte och ville” (Claudia).

Förståelse och öppenhet

Kontinuiteten förväntades förbättra och förenkla kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan. Att lära känna barnmorskan i förväg förväntades ge en mer öppenhjärtig och tydlig kommunikation. Kvinnorna kände att de lättare skulle våga ställa frågor eller komma med önskemål, och dessutom bättre bli förstådda då de sedan innan hunnit etablera en fungerande kommunikation. De väntade sig också att förstå barnmorskan bättre, och att information skulle kunna individanpassas tack vare den etablerade relationen dem emellan.

Den ökade tilliten som kontinuiteten ger förväntades göra att kvinnorna inte skulle känna sig i vägen om de ringde och hade frågor eller oro. Vikten av att lita på någon för att lyssna och ta till sig det den säger belystes också.

“Jag tänker väl att man, jag är inte sådär jättebra på att lita på främlingar, så jag tänker mig att det kanske är lättare att lita på, på dem och lyssna på dem, ta till mig det de har att säga” (Inam).

En fördel som lyftes fram var att kvinnorna upplevde att de inte skulle behöva upprepa samma saker många gånger för olika personer, och att de inte skulle utsättas för olika personers kommunikationsstil eller olika information från olika barnmorskor. Även i eftervården förväntades kontinuiteten ha betydelse för kommunikationen, i och med att det finns ett samförstånd kring vad som skett under förlossningen då barnmorskan i eftervården själv närvarat.

För kvinnor som inte har svenska som förstaspråk förväntades den förbättrade kommunikationen ha stor betydelse. Fungerande kommunikation redan innan förlossningen förväntades således minska den födandes sårbarhet i den stressiga förlossningssituationen.

“I vissa situationer eller när jag är stressad eller trött, vilket jag säkert kommer att vara, så är min svenska inte så bra ... Så, ja, istället för att vara i en situation där jag känner att saker kan komma upp som jag inte väntade, eller att beslut tas på ett annat sätt på grund av förvirringen...” (Jin).

Det Goda Vårdandet

Vikten av att få god vård dryftades. Vad det goda vårdandet innebär är olika för olika personer, vilket resulterade i underkategorin *Individuellt utformat*. Vårdandet ska också vara säkert och minska risken för skador och komplikationer, det ska vara nära till hands och det ska verka för att främja det normala förloppet. Detta gav underkategorierna *Patientsäkert*, *Tillgängligt och professionellt* samt *Normalt och positivt*.

Individuellt utformat

Vikten av att vården utformas och anpassas individuellt belystes. Kvinnorna förväntade sig att barnmorskan ska vara lyhörd för deras behov och önskemål, och anpassa vården därefter, vilket skulle underlättas av kontinuiteten. Vikten av att erbjudas extra stöd vid behov lyftes fram, liksom att inget skulle forceras på kvinnan utan erbjudas som frivillig vård, kring vilken samtal kan föras om något känns obekvämt eller fel. Respekt gentemot kvinnan och hennes process framhölls, såväl som att anpassa bemötandet gentemot kvinnan eller paret, vilket underlättas av att ha lärt känna dem sedan innan.

“...jag har ju inte medicinsk kunskap så, för det är inte mitt område, men jag har ju min upplevelse för vad jag känner är bra för mig och mitt barn ändå” (Madeleine).

Kontinuiteten förväntades medföra en ökad flexibilitet i vården att anpassa efter kvinnan och inte bara utföra vissa saker för att de är rutin.

Patientsäkert

Att vården skulle vara av god kvalitet och ges på rätt sätt i rätt tid förväntades. Kontinuiteten väntades kunna främja detta och bidra till en säkrare vård än vid standardvård.

Förebyggande av komplikationer och förlossningsskador, liksom en noggrann uppföljning efter förlossningen lyftes fram som en förväntan. Vikten av såväl det egna psykiska och fysiska välmåendet, eventuella bristningar eller andra besvär, som oro för något rörande barnet belystes. Kontinuiteten förväntades bidra till att uppföljningen faller bättre ut då barnmorskan känner kvinnan väl och själv närvarat vid förlossningen.

Kontinuiteten framhölls som en faktor som skulle kunna minska risken för bristningar, då kvinnan känner en större tillit till och har bättre kommunikation med sin barnmorska, och därmed i högre utsträckning förväntas kunna följa hennes instruktioner och hålla sig lugn, för ett optimalt utdrivningsskede.

“...det man har läst är om man inte lyssnar, om man får panik och börjar pusha för mycket då kan man ju gå sönder lättare, asså att det kan påverka, det ska ju inte gå för fort liksom, så jag tänker desto bättre man lyssnar på dom som är där för att hjälpa en, desto mindre skador kommer man nog att få. [...] Jag tänker, dels för att jag känner mig tryggare, det kanske är mindre risk för att jag får panik, att men också att, desto mer jag litar på dom, att jag inte börjar, att man inte får för sig att man själv vet bättre, man vet ju inte hur man kommer att reagera i stunden, sannolikheten att man lyssnar är väl högre om man litar på dom som pratar med en” (Inam).

Tillgängligt och professionellt

Att barnmorskan skulle vara tillgänglig och närvarande genom hela vårdkedjan lyftes fram. Vården ska inte behöva jagas av kvinnan, utan erbjudas efter behov.

“Att jag inte behöver dra i så mycket själv kanske, utan att, att jag får det erbjudet liksom” (Angelica).

Kvinnorna väntade sig att lätt kunna få kontakt per telefon för att få svar på frågor, och att ha barnmorskan som ett närvarande stöd under förlossningen i större utsträckning än vid standardvård. Att någon av barnmorskorna alltid har beredskap och därmed skulle finnas tillgängliga vid behov lyftes fram som en trygghet.

“Sen under förlossningen att hon har hand om mig, att även om hon inte är inne på rummet hela tiden, jag vet att hon inte måste springa iväg och vara borta i flera timmar med någon annan” (Madeleine).

Personliga egenskaper som förväntades av barnmorskorna var stöttande, inkännande, öppensinnade, inlyssnande, kompetenta och professionella. De förväntades ha stor erfarenhet inom verksamhetsområdet, och vara bekväma med att arbeta med kvinnor med svåra bakgrunder, exempelvis tidigare negativa förlossningsupplevelser, svåra sociala situationer, eller övergrepp. Förmåga att känna in kvinnans sinnesstämning, fånga upp henne om hon skulle bli rädd eller orolig och hjälpa henne att hitta tillbaka till en hanterbar nivå betonades som en viktig egenskap.

Normalt och positivt

Att få träffa samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen förväntades bidra till en mer positiv förlossningsupplevelse jämfört med standardvård. En aspekt som lyftes fram var att smärtan väntades vara lättare att hantera i närvaro av en känd, trygg barnmorska, och att förlossningen skulle bli en lugnare och mer avslappnad situation, med ett minskat behov av kontroll från kvinnornas sida.

“...jag tänker att det indirekt är bra för jag slipper fundera på vem den där barnmorskan skulle vara, asså det är en pusselbit som jag redan kan klicka i, och därmed fördelar jag energin på ett annat sätt, och då tänker jag, då kanske jag kan gå in i smärtan mer, och därmed hanterar den bättre” (Emina).

“Då tänker jag om man är tryggare och känner att det här är inte lika farligt så kanske man inte blir lika tagen av smärtan heller, man kan hantera den bättre” (Inam).

Även tiden efter barnets födelse förväntades bli mer positiv och avslappnad, dels indirekt på grund av en mer positiv förlossningsupplevelse, och dels till följd av möjligheten att ha kontakt med den trygga välbekanta barnmorskan som närvarade under förlossningen på ett naturligt sätt i eftervården.

Graviditet och barnafödande lyftes fram som främmande och obekanta situationer för kvinnorna. Vikten av att ha en närvarande barnmorska som hjälper till att normalisera processen belystes, för att på så vis minska oro och ångslan. Barnmorskan förväntades dessutom jobba för att bevara det normala normalt och främja det naturliga, snarare än ha ett överdrivet risktänk och ta till medicinska interventioner i onödan. Tillförsikten till det normala väntades i sin tur ge ett ökat lugn till kvinnan och göra det lättare för henne att föda normalt och komplikationsfritt.

“Det som jag har känt på något vis lite såhär att man har tilltro till att det är naturligt att föda, att det inte är något sjukt att föda, utan att det i det flesta fall går det bra, och att man fokuserar på det, och att det blir lättare då om man har det som mental målbild, att det också går bra, än om man stressar upp sig för allt möjligt som kanske inte går bra” (Madeleine).

Diskussion

Metoddiskussion

I studien användes en kvalitativ metod med narrativa intervjuer, vilket lämpade sig väl då frågeställningen berörde kvinnans subjektiva upplevelser. Målet var en berättelse kring varför hon valt en viss vårdform och hur hon förväntade sig att det skulle falla ut för henne (Giacomini & Cook, 2000; Kristensson, 2014; Kuper et al., 2008; Kvale & Brinkmann, 2014). Med den valda metoden bedöms studiens syfte ha kunnat besvaras. En möjlig alternativ metod vore att använda fokusgrupper i kombination med eller istället för de enskilda intervjuerna. I fokusgrupper kan informanterna stimulera varandra i samtalet, och på så vis kan en fokusgruppintervju potentiellt ge ett rikare svar till forskningsfrågan än enskilda intervjuer (Kitzinger, 1994; Plummer, 2017). Emellertid bedömdes fokusgrupper ogenomförbart över telefon, varför metoden valdes bort.

Vid tiden för studiens genomförande fanns inga andra studier som undersökte kvinnors förväntningar på caseload kontinuitetsmodell, varför en kvalitativ studie med induktiv ansats bedömdes vara en lämplig metod för att ta fram kunskap inom området, vilken senare kan användas till grund för vidare studier (Kvale & Brinkmann, 2014).

Ett bekvämlighetsurval tillämpades, vilket innebar att de kvinnor som var lättast tillgängliga rekryterades till studien. Metoden har till nackdel att det riskerar att inte bli representativt för den undersökta populationen (Singh Setia, 2016; Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, 2017). På grund av begränsad tid användes bekvämlighetsurval trots ovanstående invändningar.

Insyn saknas i hur många eller vilka kvinnor som tillfrågats om deltagande i studien, hur många som avböjt samt om någon bias förelegat som gjort att barnmorskorna inte frågat vissa kvinnor. Extern påverkan på urvalet kan medföra en risk för snedvridning och därmed att resultatet blir mindre överförbart (Øye, Øvre Sørensen & Glasdam, 2015). Ovanstående kan anses vara en svaghet i den utförda studien.

Kontinuerlig kontakt hölls med verksamhetschefen i syfte att påminna om studien då det visade sig svårare än förväntat att rekrytera informanter. Det hade varit till fördel om möjlighet funnits till direktkontakt med mellanhänderna, då detta möjligen hade bidragit till en ökad benägenhet hos barnmorskorna att rekrytera till studien.

Kvinnor inkluderades fram till och med graviditetsvecka 24+6. Detta då graviditetskontrollerna vanligen sker tätare därefter (Netterheim et al., 2019). Valet att intervjua kvinnorna så tidigt som möjligt i graviditeten gjordes för att minska risken att deras förväntningar skulle påverkas av erfarenheter från vården. Inklusions- och exklusionskriterierna som tillämpades bedöms ha varit adekvata för studien.

Tolv intervjuer eftersträvades, då detta anses vara ett minimum för att optimera för datasaturation (Guest, Bunce & Johnson, 2006). Svårigheter i rekryteringen medförde emellertid att antalet intervjuer begränsades till tio. Författarna upplevde datasaturation efter sju intervjuer, varefter inget nytt tillkom. Detta talar för att studiens resultat sannolikt omfattar de kategorier som skulle kunna framkomma med vald metod, även om urvalet varit större (Francis et al., 2010).

En pilotintervju genomfördes för att testa att syftet kunde besvaras med hjälp av det utformade frågeformuläret, vilket sedermera reviderades. Detta tros ha medfört att studiens trovärdighet kunde stärkas (Majid et al., 2017).

Intervjuerna genomfördes via telefonsamtal, vilket var nödvändigt då stora geografiska avstånd förelåg. Nackdelen med telefonintervjuer är förlusten av den icke uttalade informationen, såsom gester och ansiktsuttryck. För att reducera dessa begränsningar tillfrågades informanterna om att genomföra intervjuerna med videosamtal, där intervjuarna och informanten kunde se varandra (Kvale & Brinkmann, 2014). Genom videosamtal uppfångades informanternas kroppsliga signaler, vilka genom stödanteckningar bidrog till tolkningen av det uttalade. Fyra intervjuer genomfördes emellertid utan video, vilket således kan ha medfört att förståelsen för informantens berättelse blev mer ytlig.

Författarna till föreliggande studie gick in i intervjuerna med uppfattningen att mestadels positiva förväntningar på caseload skulle framkomma, då kvinnorna själva sökt sig till vårdformen. Vid bearbetning av materialet eftersträvades emellertid neutralitet och ett öppet förhållningssätt, för att inte egna värderingar och uppfattningar skulle påverka tolkningen. Detta gjordes genom medvetenhet om den egna förförståelsen, och risken för dess inverkan på resultatet, samt gemensam reflektion mellan författarna (Bengtsson, 2016; Nyström & Dahlberg, 2001).

För att finna den underliggande meningen i kvinnornas berättelser användes en kvalitativ innehållsanalys, vilken medgav analys av såväl den uttalade informationen om kvinnornas upplevelser, som en djupare betydelse kring kvinnornas val och förväntningar (Graneheim & Lundman, 2004). All data analyserades initialt enskilt, varefter tolkningarna jämfördes (Carter et al., 2014). Analyserna överensstämde mestadels, och i de fall där åsiktsskiljaktigheter fanns fördes diskussion och fortsatt analys tills dess samförstånd uppnåts. Denna triangulering bekräftar att tolkningen av data är adekvat, och medger en ökad bredd till analysen (a.a.). Samtliga meningsbärande enheter föll in under någon av de framkomna kategorierna, och minimal överlappning eftersträvades vid kategoriseringen, så att ingen del skulle passa in under mer än en kategori, det vill säga att uttömmande och ömsesidigt uteslutande kategorier eftersträvades (Graneheim & Lundman, 2004). Ovanstående, liksom att resultatet presenteras med citat från de olika intervjuerna, bedöms öka trovärdigheten i den genomförda studien (Carter et al., 2014; Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Känna trygghet

I föreliggande studies resultat framkom att kvinnorna förväntade sig att känna trygghet genom hela processen av graviditet och förlossning, och även postpartum, vilket gjorde att kontinuitet premierades i valet av mödrahälsovård, trots ett ibland längre avstånd till mottagning eller sjukhus. Att tryggheten under graviditet och förlossning ökar med kontinuitet är känt genom bland andra Jepsen et al. (2017), men studier saknas kring huruvida kvinnor upplever ökad trygghet under puerperiet och eftervården med caseload-vård jämfört med standardvård. I linje med ovanstående förväntningar konstaterar dock Forster et al. (2016) i sin randomiserade kontrollerade studie utförd i Australien att kvinnor är mer nöjda med eftervården i en kontinuerlig vårdkedja än de är med standardvård.

Graviditet och barnafödande beskrivs i resultatet som livsavgörande händelser. Att få gå igenom denna omtumlande period med en känd barnmorska förväntades vara avgörande för känslan av trygghet. Att känna trygghet är av betydelse för graviditetsutfallet då stress och rädsla kan öka risken för prematur förlossning och låg födelsevikt (Lilliecreutz, Laren, Sydsjö & Josefsson, 2016; Lima et al., 2018). Otrygghet under förlossningen kan medföra ett mer utdraget förlossningsförlopp (Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 2012). Att hjälpa kvinnan känna trygghet genom graviditet och förlossning torde således vara centralt i mödrahälsovården, för att optimera förutsättningarna för en normal graviditet och förlossning, liksom en positiv förlossningsupplevelse.

Att känna trygghet i puerperiet tros vara av vikt för att främja anknytningen till barnet och en lyckad amning, vilket bekräftas i flertalet internationella studier (Bicking Kinsey, Baptiste-Roberts, Zhu & Kjerulff, 2014; Doulougeri, Panagopoulou & Montgomery, 2013). Således bör barnmorskor facilitera för kvinnors trygghet även i puerperiet.

Resultatet belyser att kvinnorna förväntade sig ökad trygghet till följd av kontinuitet i mödrahälsovården. Således tros kontinuitet vara ett viktigt verktyg för att öka kvinnors känsla av trygghet, och därigenom främja hälsa och välbefinnande.

Relationens fördelar

Kvinnorna i föreliggande studie förväntade sig att lära känna sin barnmorska och utveckla en förtroendefull relation till hen, liksom att kommunikationen dem emellan skulle vara bättre än vid standardvård. Kvinnorna betonade även förväntade fördelar för partners, som att den eventuella partnern skulle kunna få stöd i en kontinuerlig relation till barnmorskan, och samverka med denne i att optimalt stötta kvinnan. Flera kvalitativa studier från Australien och Storbritannien bekräftar att kvinnor förväntar sig trygghet i relationen till sin barnmorska. Den stödjande relationen kan faciliteras av kontinuitet, vilket medför en upplevelse av mer respektfullt bemötande från barnmorskan (Jenkins et al., 2015; McCourt & Pearce, 2000; Williams, Lago, Lainchbury & Eagar, 2010).

Kontinuitet i relationen förväntades medföra ökad tillit till barnmorskan och därmed större benägenhet att lyssna på och följa barnmorskans råd. Detta ligger i linje med Sheppard, Zambrana och O'Malley (2004), vilka finner i sin kvalitativa studie utförd i Storbritannien att större tillit vid kontinuitet i sin tur medför en ökad såväl vilja som förmåga att lyssna på och ta till sig det barnmorskan säger.

Författarna till föreliggande studie finner att en god relation, vilken gynnas av kontinuitet, är essentiell för att på bästa vis kunna stötta kvinnan och hennes eventuella partner genom graviditet, förlossning och puerperium.

Kontroll och minskad oro

Valet av Min Barnmorska medförde en ökad känsla av kontroll, vilken var eftertraktansvärd för kvinnorna. Minskad oro följde med möjligheten att redan tidigt ha kontroll över praktiska omständigheter kring graviditeten, förlossningen och puerperiet, såsom plats för födandet och trygghet i vem som skulle närvara. Resultatet visar att minskad oro och ökad känsla av kontroll infann sig redan tidigt i graviditeten. Strävan efter kontroll som en viktig del i valet återfinns i Lazarus (1994), som belyser en vilja hos kvinnorna att kontrollera det som går att kontrollera i fråga om graviditet och barnafödande.

Kvinnorna förväntade sig att kontinuerlig information skulle bidra till att öka känslan av kontroll och lindra oro. De önskade sig stöd från barnmorskan i att normalisera processen av graviditet och barnafödande för att kunna känna sig trygga med att allt fortlöpte väl. I en

rapport från Socialstyrelsen (2019) framkommer att majoriteten av kvinnor känner oro under graviditet, förlossning och/eller puerperium, vilken bäst lindras av att få prata med den egna barnmorskan. Rapporten bekräftar vikten av god information för att bevara känslan av en normal process och minska oro (a.a.). Såväl svenska som internationella studier bekräftar att information och kunskap möjliggör en känsla av kontroll och därmed empowerment, och att information är essentiellt för att minska oro och rädsla under graviditet och barnafödande (Hildingsson et al., 2011; Lazarus, 1994).

Kvinnorna kände mindre oro för hur kroppen skulle bli efter förlossningen, jämfört med vad de känt innan de hittade Min Barnmorska, tack vare förväntningar på ett grundligt förebyggande och uppföljande arbete kring förlossningsskador. Flera kvantitativa studier från olika länder bekräftar dessa förväntningar och påvisar att caseload kontinuitetsmodell kan medföra minskad risk för bristningar (Benjamin, Walsh & Taub, 2001; Jepson et al., 2018). I Benjamin et al. (2001) diskuteras möjliga orsaker till det uppkomna resultatet, såsom exempelvis att caseload-barnmorskor i större utsträckning förebygger bristningar med hjälp av uppräta förlossningsställningar (a.a.).

I resultatet återkommer kvinnornas önskemål om att ha kontroll. Författarna till föreliggande studie vill problematisera denna önskan och framhäva behovet av att släppa kontrollen i samband med barnafödande. Emellertid betonas vikten av trygghet och tillit till den egna kroppens förmåga att föda, för att kunna ge upp kontrollen. Caseload tros vara en lämplig vårdform för att minska oro på ett sådant sätt att kvinnan kan lämna över kontrollen över födandet till kroppen, utan att ge upp känslan av kontroll.

Partnerskap för en bättre vård

Kvinnorna förväntade sig att kontinuiteten skulle komma att medföra ett samarbete med barnmorskan mot ett gemensamt mål om en naturlig förlossning. Liknande förväntningar återspeglas i en australiensisk kvalitativ studie av Davison, Hauck, Bayes, Kuliukas och Wood (2015), som visat att förväntan om en naturlig interventionsfri förlossning utgör en viktig aspekt i valet av mödrahälsovård. I föreliggande studie framkommer att barnmorskan förväntas verka för att främja en sådan process, med största hänsyn till kvinnans upplevelse av vad som är bäst för henne och barnet, snarare än en blind tillit till rutiner och medicinska interventioner. Kvinnorna förväntade sig delaktighet i den egna vården och att kontinuitet

skulle möjliggöra empowerment. Autonomi genom delaktighet och ett holistiskt synsätt torde således vara ett viktigt fokus för barnmorskor inom mödrahälsovården, för att optimera förutsättningarna för en trygg graviditet och en positiv förlossningsupplevelse. Detta är i enlighet med kvinnocentrerad vård enligt Berg et al. (2012). Kvinnor som fått kontinuerlig vård upplever i högre utsträckning än vid standardvård att barnmorskan fokuserar på dem som egna individer (Jenkins et al., 2015; McCourt & Pearce, 2000; Williams et al., 2010). Individanpassad vård, där barnmorskan ser hela kvinnan, lyssnar på och stöttar henne på det vis hon behöver, liksom en mer patientsäker vård till följd av bättre bakgrundskänedom torde således uppnås bättre med kontinuerlig vård (Berg et al., 2012; Jenkins et al., 2015; McCourt & Pearce, 2000). Detta kan knytas till ICM:s (2014a) etiska kod för barnmorskor, i vilken framkommer att barnmorskan ska se kvinnan som en individ och anpassa vården efter hennes specifika behov och önskemål, vilket uppnås genom att forma ett partnerskap med kvinnan.

Den självklara kontinuiteten

Ovanstående sammantagna förväntningar medförde att kvinnorna uppfattade valet av en kontinuerlig vårdkedja som det mest självklara och logiska för dem. Kvinnorna uttryckte att kontinuitet borde vara självklart för alla i mödrahälsovården liksom i övrig vård, och en förhoppning att genom sitt val kunna påvisa efterfrågan på kontinuitet i vården. Resultatet bekräftar redan befintlig kunskap från bland andra Hildingsson, Karlström, Haines och Johansson (2016) som i sin kvantitativa enkätstudie konstaterar att kvinnor i Sverige vill ha kontinuitet i mödrahälsovården. I ljuset av resultatet från föreliggande studie, tillsammans med den överväldigande evidens som finns kring fördelarna med caseload och kvinnors önskemål om kontinuitet, ställer sig författarna frågan varför caseload inte är mer vida implementerat i Sverige. Saknas det politisk vilja att förändra vården, eller anses det vara en alltför omfattande förändring att genomföra?

Förslag på vidare studier

De intervjuade kvinnorna anger omfattande förväntningar på vården och barnmorskans förmågor. Vidare studier föreslås för att följa upp huruvida vården motsvarar de förväntningar kvinnorna har, samt för att jämföra resultatet med förväntningar hos kvinnor och eventuella partners inskrivna i standardvården. En jämförelse av kvinnors upplevelser av stödet de får från sin partner vid caseload kontinuitetsvård jämfört med standardvård föreslås, liksom

studier av partners förväntningar på densamma, samt partners upplevelse av att ge stöd till den födande vid caseload-vård jämfört med standardvård.

Konklusion och implikationer

Genomgående förväntade sig kvinnorna att få en bättre och säkrare vård, liksom en bättre upplevelse, i en kontinuerlig vårdkedja än de hade fått i standardvården. Kvinnorna sökte sig till Min Barnmorska i förväntan att oro skulle minska till förmån för ökad trygghet. Tillika förväntade de sig att en ökad känsla av kontroll i en främmande situation skulle infinna sig tack vare kommunikation och barnmorskans individanpassade arbete med den naturliga process som graviditet, förlossning och puerperium utgör.

Föreliggande studie bidrar med kunskap om kvinnors förväntningar på en kontinuerlig vårdkedja, vilken kan läggas till redan tillgänglig evidens till fördel för caseload kontinuitetsmodell i mödrahälsovården. Resultatet kan användas för att utveckla bemötandet av kvinnan och hennes eventuella partner för en bättre upplevelse av graviditet, förlossning och puerperium, samt av vården därkring.

Referenser

- Adams, S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(10), 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., ... Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, *387*(10017), 462-474. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* *2*, 8-14. doi:10.1016/j.npls.2016.01.001
- Benjamin, Y., Walsh, D., & Taub, N. (2001). A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes. *Midwifery*, *17*(3), 234-240. doi:10.1054/midw.2001.0257
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *3*(2), 79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal–infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, *30*(5), 188-194. doi:10.1016/j.midw.2014.02.006
- Bäckström, C. A., Hertfelt Wahn, E. I., & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, *5*(1), 20-27. doi:10.1186/1746-4358-5-20
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, *41*(5), 545-547. doi:10.1188/14.ONF.545-547
- Cepnija, D., Chipchase, L., & Gupta, A. (2017). Prevalence of pregnancy-related pelvic girdle pain and associated factors in Australia: a cross-sectional study protocol. *British Medical Journal Open*, *7*(11). doi:10.1136/bmjopen-2017-018334
- Collberg, P., & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål och innehåll. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Compton, S. (2005). Qualitative research methods: The unstructured interview. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, *39*(1), 14-22.
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience: The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, *29*(4), 407-415. doi:10.1016/j.midw.2012.09.006

- Davison, C., Hauck, Y. L., Bayes, S. J., Kuliukas, L. J., & Wood, J. (2015). The relationship is everything: Women's reasons for choosing a privately practising midwife in Western Australia. *Midwifery*, *31*(8), 772-778. doi:10.1016/j.midw.2015.04.012
- Dempsey, L., Dowling, M., Larkin, P., & Murphy, K. (2016). Sensitive Interviewing in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health*, *39*(6), 480-490. doi:10.1002/nur.21743
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *15*(171), 142-54. doi:10.1016/j.jad.2014.09.022
- Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2013). The impact of maternal stress on initiation and establishment of breastfeeding. *Journal of Neonatal Nursing*, *19*(4), 162-167. doi:10.1016/j.jnn.2013.02.003
- Fairbank, L., O'Meara, S., Sowden, A. J., Renfrew, M. J., & Woolridge, M. M. (2001). Promoting the initiation of breast feeding. *BMJ Quality & Safety* *10*, 123-127. doi:10.1136/qhc.10.2.123
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M.-A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., ... Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 1-13. doi:10.1186/s12884-016-0798-y
- Francis, J.-J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M.-P., & Grimshaw, J.-M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & Health*, *25*(10), 1229-1245. doi:10.1080/08870440903194015
- Giacomini, M. K., & Cook, D. J. (2000). Users' Guides to the Medical Literature: XXIII. Qualitative Research in Health Care. A. Are the Results of the Study Valid? *Journal of the American Medical Association*, *284*(3), 357-362. doi:10.1001/jama.284.3.357
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Sage Journals*, *18*(1), 59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care - Time to consider the system?: A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive HealthCare*, *7*. 27-32. doi:10.1016/j.srhc.2015.11.002
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, *40*(5), 532-543. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x

- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 50-55. doi:10.1016/j.srhc.2018.02.006
- International Confederation of Midwives. (2014a). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 3 december, 2018, från ICM, https://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- International Confederation of Midwives. (2014b). *Keeping Birth Normal*. Hämtad 3 december, 2018, från ICM, <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- Jenkins, M. G., Ford, J. B., Todd, A. L., Forsyth, R., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2015). Women's views about maternity care: How do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery*, 31(1), 25-30. doi:10.1016/j.midw.2014.05.007
- Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M. J., Sørensen, E. E., & Nohr, E. A. (2018). Labour outcomes in caseload midwifery and standard care: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 481. doi:10.1186/s12884-018-2090-9
- Jepsen, I., Mark, E., Foureur, M., Nøhr, E. A., & Sørensen, E. E. (2017). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women and Birth*, 30(1), 61-69. doi:10.1016/j.wombi.2016.09.003
- Karolinska universitetssjukhuset. (2018). *Min barnmorska - Caseload Huddinge*. Hämtad 30 november, 2018, från Karolinska universitetssjukhuset, <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska>
- Kerstis, B., Aarts, C., Tillman, C., Persson, H., Engström, G., Edlund, B., ... Skalkidou, A. (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives Of Women's Mental Health*, 19(1), 87-94. doi:10.1007/s00737-015-0522-3
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. doi:10.1111/1467-9566.ep11347023
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kuper, A., Reeves, S., & Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *British Medical Journal*, 337(7666), 404-407. doi:10.1136/bmj.a288
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, E. S. (1994). What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), 25-46.

- Lilliecreutz, C., Laren, J., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(5), doi:10.1186/s12884-015-0775-x
- Lima, S. A. M., El Dib, R. P., Rodrigues, M. R. K., Ferraz, G. A. R., Molina, A. C., Neto, C. A. P., ... Rudge, M. V. C. (2018). Is the risk of low birth weight or preterm labor greater when maternal stress is experienced during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS ONE*, 13(7), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0200594
- Lindgren, H. (2008). *Hemförlossningar i Sverige 1992-2005: Förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Department of Women and Child Health. Från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39049/thesis.pdf?sequence=1>
- Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016a). Fysiologi och barnmorskans handläggning. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 437-446). Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016b). Förlossningens förlopp. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 446-457). Lund: Studentlitteratur.
- Majid, M. A. M., Othman, M., Mohamad, S. F., Lim, S. A. H., & Yusof, A. (2017). Piloting for Interviews in Qualitative Research: Operationalization and Lessons Learnt. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(4), 1073-1080. doi:10.6007/IJARBS/v7-i4/2916
- McCourt C, & Pearce A. (2000). Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups? *Midwifery*, 16(2), 145-154.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives Of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278. doi:10.1007/s00737-006-0149-5
- National Health Service. (2017). *Implementing better births: Continuity of Carer* (Publications Gateway, Ref No. 07342). Från <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/12/implementing-better-births.pdf>
- Nationalencyklopedin. (u.å.). Kontinuitet. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 3 december, 2018, från <https://www-ne.se/>
- Netterheim, M., Bekric, E., & Hallstedt, K. (2019). *Basprogram för graviditetsövervakning/hälsovård: Fördjupning*. Hämtad 12 december, 2019, från Vårdgivare Skåne, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/basprogram-for-graviditetsovervakning---fordjupning-2019-10-08.pdf>
- Newton, M. S., McLachlan, H. L., Willis, K. F., & Forster, D. A. (2014). Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-16. doi:10.1186/s12884-014-0426-7

Nordström, L., & Wiklund, I. (2014). Puerperium - fysiologi och handläggning. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 123-126). Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M., & Dahlberg, K. (2001). Pre-understanding and openness - a relationship without hope? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(4), 339-346. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.00043.x

Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(2), 119-125. doi:10.1016/S1526-9523(02)00425-7

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533-44. doi:10.1007/s10488-013-0528-y

Persson, R. (2017). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten*. Hämtad 12 december, 2018, från 1177, https://www.1177.se/Skane/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/?fbclid=IwAR0XhwNtpLV3V2YL4UQLEHf0MZxkJukplewg315Q_a1sCPYD16AQ9piVHTE

Plummer, P. (2017). Focus group methodology. Part 1: Design considerations. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 24(7), 297-301. doi:10.12968/ijtr.2017.24.7.297

Prata, N., Passano, P., Rowen, T., Bell, S., Walsh, J., & Potts, M. (2011). Where There Are (Few) Skilled Birth Attendants. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(2), 81-91.

Risberg, A. (2016). Anatomi och fysiologi. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 217-238). Lund: Studentlitteratur.

Rubertsson, C. (2016). Psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 399-402). Lund: Studentlitteratur.

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309-314. doi:10.12968/ijtr.2009.16.6.42433

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5

Sheppard, V. B., Zambrana, R. E., & O'Malley, A. S. (2004). Providing health care to low-income women: a matter of trust. *Family Practice*, 21(5), 484-491.

Singh Setia, M. (2016). Methodology series module 5: Sampling strategies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(5), 505-509. doi:10.4103/0019-5154.190118

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Hämtad 4 december, 2018, från Socialstyrelsen, https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20592/2017-4-13.pdf?fbclid=IwAR0-NUO_krMRdqi-s5WtHxPmRBMPRwlcQxF8FLuGYBir_6B_vJtgkPg0vks

Socialstyrelsen. (2019). *Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov: En enkätundersökning och fokusgruppsamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6436.pdf>

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Stockholm: SBU.

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska* [Broschyr]. Stockholm: Svensk Barnmorskeförening.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Trygg hela vägen: Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Från https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/trygg-hela-vagen.html?fbclid=IwAR1pYWMrkI4oQ39gtMh2CD54qQkhSFO_3GhMbAsOYQp_6MuRTydn0HKq7o

Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., ... Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906), 1723-1732. doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3

Tracy, S. K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., ... Tracy, M. B. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: A cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2393-14-46

United Nations. (2018). *Maternal mortality ratio*. Hämtad 12 december, 2018, från UN, <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.1.1>

Waldenström, U. (2016). Plats för födandet. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 429-435). Lund: Studentlitteratur.

Walter, E., Woodford, K., & Good, M. (2008). In *Cambridge Advanced Learner's Dictionary* (3d ed., p. 490). Cambridge: Cambridge University Press.

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2015). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723-734. doi:10.1111/jan.12862

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

World Health Organization. (2018). *WHO recommendation on midwife-led continuity of care during pregnancy*. Hämtad 12 december, 2018, från WHO, <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-continuity-care-positive-childbirth-experience>

World Medical Association. (2018). *Wma declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 30 november, 2018, från WMA, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/?fbclid=IwAR2LbwWoqclQRqb35jwnfk9_mzrn3ad6QRn5c1yhAKgbSABILYIubntf_kc

Zielinski, R., Searing, K., & Deibel, M. (2015). Gastrointestinal distress in pregnancy: Prevalence, assessment, and treatment of 5 common minor discomforts. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 29(1), 23-31. doi:10.1097/JPN.0000000000000078

Øye, C., Øvre Sørensen, N., & Glasdam, S. (2015). Qualitative research ethics on the spot: Not only on the desktop. *SAGE Journal*, 23(4), 455-564. doi:10.1177/0969733014567023

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har gjort allt arbete med studien gemensamt, under handledarens överinseende.

Frågeformulär för intervjuer

Huvudfråga:

“Kan du berätta för oss hur det kommer sig att du valde Min Barnmorska under din graviditet, och vilka förväntningar du har på vården under graviditet, förlossning och tiden efteråt?”

Fördjupande följdfrågor:

“Vilka förväntningar har du på vården under graviditeten, förlossningen och eftervården?”.

“Vilken roll hade din partner i valet av mödravård?”

“Hur vill du att din vård ska vara under graviditeten, förlossningen och eftervården, nu när du är med i Min Barnmorska?” *

“Hur tror du att kontinuiteten kommer att påverka din upplevelse av graviditet, förlossning och eftervård?” *

“Vilken betydelse har det för dig att möta samma person under förlossningen och därefter, som du träffat under graviditeten?” *

“Finns det något negativt du tänkt på kring att vara med i projektet Min Barnmorska?” *

Exempel på stödfrågor som kan användas vid behov:

“Kan du berätta mer om det?”

“Hur tänker du då?”

“Vill du utveckla det lite mer?”

* Tillagd efter pilotintervju

Bakgrundsinformation om respondenten

Ålder:

Graviditetsvecka vid intervjun:

Tidigare graviditeter, år:

Tidigare förlossningar, år:

Sammanboende med barnafadern: