



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

“Jag behövde inte berätta hela min historia, hon bara visste”

- Kvinnors förlossningsupplevelser i kontinuitetsvård

“I didn't have to tell my whole story, she just knew”

- Women's experiences of childbirth in a continuity model of care

Författare: Linda Lorentz & Sofie Roslund

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Våren 2022

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

Abstrakt

Bakgrund: Under 2020 ägde cirka 112 902 förlossningar rum i Sverige. Vården i samband med graviditet och förlossning är fragmenterad och inte organiserad för att skapa kontinuitet. Barnmorskeledd kontinuitetsvård innebär att en grupp barnmorskor vårdar kvinnor genom graviditet, förlossning och eftervård. Kontinuitetsmodellen caseload är internationellt vedertagen men finns i Sverige endast tillgänglig i Stockholm genom Min Barnmorska. Tidigare studier beskriver goda effekter av kontinuitetsvård under barnafödande. **Syfte:** Att belysa vad relationen mellan den födande kvinnan och en för henne känd barnmorska betyder för kvinnans förlossningsupplevelse. **Metod:** Kvalitativ intervjustudie där tolv kvinnor deltog. Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). **Resultat:** Innehållsanalysen resulterade i ett tema; *Viktigast av allt är tryggheten* med tre underliggande kategorier; *Närvarons betydelse, Mångfacetterad kommunikation och En ömsesidig tillit*. **Diskussion och konklusion:** Relationen, som byggt upp under graviditeten, mellan kvinna och barnmorska har betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse. Ett gott stöd i latensfasen och oavbruten närvaro på förlossningsrummet av en och samma barnmorska bidrar, oavsett tidigare relation, till en positiv förlossningsupplevelse. Behov ses av ytterligare forskning kring vilka faktorer som bidrar till trygghet för den födande kvinnan. Även om kontinuitet som överbryggat graviditet och förlossning kan vara svår att uppnå på en nationell nivå, ses utvecklingsmöjligheter inom förlossningsvården.

Nyckelord

Förlossningsupplevelse, kontinuitetsvård, relation.

Abstract

Background: 112 902 women gave birth in Sweden during the year of 2020. Care during pregnancy and childbirth is fragmented and not organized to create continuity. The meaning of midwife led continuity of care is that a group of midwives care for a group of women through pregnancy, delivery and postpartum care. The continuity model of care, caseload, is internationally established but in Sweden the model is only offered in Stockholm within the project My Midwife (Min Barnmorska). Studies show benefits from continuity of care in the context of childbirth. **Aim:** The aim of the study was to shed light on what the relationship between a woman and her known midwife means for the woman's birth experience. **Method:** A qualitative interview study where 12 women participated. Data was analyzed with a qualitative content analysis. **Result:** The content analysis resulted in one overarching theme; *Security was of highest importance* with three underlying categories; *The meaning of presence*, *Multifaceted communication* and *A mutual trust*. **Discussion and conclusion:** The relationship, built during pregnancy, between woman and midwife has meaning for the woman's childbirth experience. A good support during the latent phase and an uninterrupted presence of one and the same midwife in the delivery room during the active phase of labor, regardless of previous relationship, provides a good birth experience. There is a need for further research on what factors contribute to a sense of security during childbirth. Although continuity of care, during pregnancy and childbirth, can be difficult to achieve at national level, opportunities are recognized for development within childbirth care in Sweden.

Key words

Birth experience, continuity of care, relationship.

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
PROBLEMMOMRÅDE	5
BAKGRUND	5
BARNMORSKANS ROLL GENOM HISTORIEN	5
BARNMORSKANS KOMPETENSOMRÅDE.....	6
VÅRDKEDJAN OCH FÖRLOSSNINGSVÅRDEN	6
KONTINUITET SOM VÅRDFORM	7
<i>Framväxten av kontinuitetsmodeller i Sverige</i>	7
<i>Min barnmorska - en kontinuitetsmodell</i>	8
<i>Kontinuitetsmodellen Caseload: en beforskad modell</i>	8
PERSPEKTIV OCH UTGÅNGSPUNKTER	9
<i>Definition av relation</i>	9
<i>Barnmorsketeorin - The partnership model</i>	9
<i>Kvinnocentrerad vård</i>	10
VÄRDETISKA OCH SAMHÄLLELIGA ASPEKTER	10
SYFTE	10
METOD	11
URVAL	11
DATAINSAMLING	12
ANALYS AV DATA	12
FORSKNINGSETISKA AVVÄGNINGAR	13
<i>Förförståelse</i>	14
RESULTAT	14
VIKTIGAST AV ALLT ÄR TRYGGHETEN	15
EN ÖMSESIDIG TILLIT	15
<i>Kvinnans förtroende för barnmorskan</i>	15
<i>Barnmorskans förkunskap om kvinnan</i>	17
NÄRVARONS BETYDELSE	18
<i>En bubbla av lugn och ro</i>	18
<i>Upplevd tillgänglighet</i>	19
MÅNGFACETTERAD KOMMUNIKATION	20
<i>En ömsesidig förståelse</i>	20
<i>Ett stärkande bemötande</i>	21
DISKUSSION	22
METODDISKUSSION	22
RESULTATDISKUSSION.....	25
KONKLUSION OCH IMPLIKATIONER	28
REFERENSER	30
BILAGA 1(1)	35

Problemområde

Att föda barn är en av de mest naturliga händelserna i livet (Mander, 2011) och de flesta i Sverige föder barn på närmaste sjukhus (Waldenström, 2016). Under 2020 ägde ca 112 902 förlossningar rum i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Vården i samband med graviditet och förlossning är fragmenterad och inte organiserad för kontinuitetsvård (Socialstyrelsen, 2017). Barnmorskeledd kontinuitetsvård, där Caseload midwifery är en internationellt vedertagen och beforskad modell, innebär att en grupp barnmorskor följer kvinnan genom graviditet, förlossning och eftervård (Waldenström, 2016). Caseload finns idag endast i Stockholm hos Min Barnmorska, med en kapacitet att ta hand om 640 kvinnor per år (Karolinska Universitetssjukhuset, u.å.). Studier beskriver att relationen mellan kvinnan och barnmorskan är viktig inom caseload och att vårdformen bidrar till trygghet och en positiv förlossningsupplevelse hos kvinnan (Forster et al., 2016; Hildingsson et al., 2016; Perriman et al., 2018; Sandall et al., 2016). Efter genomlysning av forskningsområdet ses en kunskapslucka kring vad i relationen mellan kvinna och barnmorska som har betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse.

Bakgrund

Barnmorskans roll genom historien

Barnmorskan beskrevs redan i det antika Grekland och Kina 2500 f.Kr. som en vägledare för den födande kvinnan (Lundgren, 2016). Yrkeskonsten baserades på erfarenhet som lärdes vidare från barnmorska till barnmorska. Under 1600-talet fick förlossningskonsten en mer naturvetenskaplig inriktning i Sverige och barnmorskans ansvar begränsades till den normala förlossningen. Redan då belystes barnmorskans relation med kvinnan som professionell, förtroendefull och inlyssnande. Vidare beskriver Lundgren (2016) att de första barnmorskorna examinerades 1711 i Stockholm och barnmorskor blev därmed den första kvinnliga yrkesgruppen i svensk sjukvård. I början av 1700-talet öppnade ett fåtal förlossningsavdelningar i Sverige men 90% av kvinnorna valde fortfarande att föda hemma. Under första halvan av 1900-talet förändrades normen och andelen hemförlossningar minskade drastiskt till att i stort sett inte förekomma alls på 1960-talet (Lundgren, 2016). När

hemförlossningarna blev färre förändrades församlingsbarnmorskans centrala roll (Svenska barnmorskeförbundet [SBF], 2013). Under mitten av 1900-talet beskrevs det ske en uppdelning av barnmorskor där en del var baserade på sjukhus med ansvar för normala förlossningar och de andra på öppenvårdsmottagningar där de tog hand om gravida kvinnor.

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskans kompetensområde innefattar reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa där mänsklig reproduktion är huvudområdet (SBF, 2018). Vården barnmorskan ger ska vara förebyggande och hälsofrämjande och utgå från ICM:s etiska kod för barnmorskor. Barnmorskan ska enligt SBF (2020) i sitt arbete vara lyhörd gentemot kvinnan och använda sig av uppdaterad och evidensbaserad professionell kunskap samt delta i utveckling av vård som främjar kvinnors hälsa. Barnmorskans professionella ansvar innefattar att delta i utveckling och genomförande av vårdmodeller som främjar hälsa hos alla kvinnor. Barnmorskan ska ge god och säker vård baserad på ömsesidig respekt samt att hon ska ta hänsyn till varje individs eget värde (SBF, 2018). Enligt SBF (2020) utvecklar barnmorskan en samhörighet med kvinnan som bygger på förtroende och gemensamt beslutsfattande kring vården. Utifrån HSL (2017) har hela befolkningen rätt till vård på lika villkor. I patientlagen (SFS, 2014) framgår kvinnans rätt till professionell och omsorgsfull vård där behovet av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Kvinnan har rätt att fritt välja utförare av öppenvård såsom mödrahälsovård.

Vårdkedjan och förlossningsvården

Mödrahälsovård (MHV) har funnits i Sverige sedan 1930-talet och sedan 1981 har barnmorskan haft en självständig roll (Wiklund, 2016). I Sverige finns ett medicinskt basprogram för graviditet och eftervård som utförs av MHV (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2016). Målet med programmet är att tidigt upptäcka komplikationer och riskfaktorer för att minimera sjuklighet och risker för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och spädbarnstid. Region Stockholm (2022) skriver att basprogrammets utformning består av det minsta antalet medicinskt motiverade kontroller för en normal graviditet. Utifrån den enskilda kvinnans behov kan ytterligare besök läggas till. Vid besöken görs graviditetskontroller och kvinnans fysiska och psykiska mående följs (Region Stockholm, 2022).

De flesta i Sverige föder barn på närmaste sjukhus (Waldenström, 2016). Svensk förlossningsvård av god kvalitet i internationella jämförelse och vården har blivit mer

medikaliserad och fler kvinnor än någonsin föder barn med medicinska interventioner (Graviditetsregistret, 2020). Enligt SFOG (2016) har vårdtiderna i samband med förlossning blivit allt kortare de senaste 30 åren. I och med detta ställs högre krav på kontinuitet och att övergången mellan MHV, förlossningskliniken och barnhälsovården fungerar väl. Högre krav ställs också på patientsäkerhet, stöd och uppföljning till nyblivna föräldrar närmaste tiden efter förlossningen. Socialstyrelsen (2017) bedömer vården i samband med graviditet och förlossning vara fragmenterad genom att inte vara organiserad för att skapa kontinuitet. Graviditetsregistret (2020) belyser att utebliven kontinuitet i vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård kan påverka patientsäkerheten och kvinnans upplevelse av vården negativt.

Alla kvinnor erbjuds efterkontroll på MHV en gång postpartum (SFOG, 2016). Kvinnan träffar där i normalfallet barnmorskan som hon träffat under graviditeten. Vid besöket följs kvinnans och partnerns förlossningsupplevelse upp. Kvinnans psykiska välbefinnande bedöms och uppföljande samtal kring levnadsvanor, amning och antikonception förs.

Kontinuitet som vårdform

Framväxten av kontinuitetsmodeller i Sverige

Enligt Waldenström (2016) har olika alternativa barnmorskeledda vårdformer för barnafödande formulerats sedan 1970-talet som reaktion mot att barnafödandet blivit en medicinsk företeelse snarare än ett socialt sammanhang. I USA myntades begreppet ABC-vård (alternative birth centers) som beskrivs som ett mellanting mellan sjukhusförlossning och hemförlossning. I Sverige utformades på 80-talet Stockholmsmodellen, en sjukhusbunden ABC-enhet, där barnmorskor bedrev mödra-, förlossnings- och eftervård i samma hemlika lokaler utan medicinsk utrustning eller farmakologisk smärtlindring. Kontinuitetsmodellerna Team midwifery och Caseload midwifery, som främst utvecklats i England och Australien, är båda arbetssätt där ett team av barnmorskor ansvarar för ett visst antal kvinnor genom hela vårdkedjan av mödra-, förlossnings- och eftervård. Team midwifery kan bestå av team på fler än tio barnmorskor medan Caseload midwifery, en mer radikal form, syftar till att det är ett mindre team av barnmorskor, två till tre stycken (Waldenström, 2016).

Min barnmorska - en kontinuitetsmodell

Min barnmorska startade i projektform 2018 som ett samarbete mellan MHV i Södra Stockholm och förlossningen på Karolinska universitetssjukhuset. Idag är Min Barnmorska de enda i Sverige som erbjuder kontinuerlig vårdkedja med samma barnmorska under graviditet, förlossning och eftervård. Min barnmorska utövar one-to-one care under förlossningen vilket innebär att en barnmorska har möjlighet att uteslutande fokusera på en födande åt gången. Verksamheten riktar sig främst till kvinnor med förlossningsrädsla men alla kvinnor välkomnas att ansöka. Projektet har vuxit i snabb takt sedan starten och består numera av 17 barnmorskor fördelat på fyra team med en nuvarande kapacitet att ta emot 640 kvinnor per år. Efterfrågan är större än kapaciteten för nya inskrivningar (Karolinska universitetssjukhuset, 2022).

Kontinuitetsmodellen Caseload: en beforskad modell

Flera studier visar att kvinnor är mer nöjda med vården under graviditet, förlossning och eftervård i caseload kontinuitetsmodell jämfört med vanlig vård (Forster et al., 2016; Hildingsson et al., 2016; Perriman et al., 2018; Sandall et al., 2016). I Australien där många förlossningskliniker infört vårdmodellen är kvinnor tre gånger mer nöjda genom vårdkedjan som helhet än med standardvård (Forster et al., 2016). Kvinnor upplever ett förtroende, en känsla av att bli stärkta i sina egna förmågor och att vården är mer anpassad efter kvinnans personliga behov. Enligt Perriman et al. (2018) har relationen mellan kvinnan och barnmorskan stor betydelse.

Forster et al. (2016) beskriver att förlossningar med caseload som vårdform resulterar i färre kejsarsnitt och mindre medicinsk smärtlindring. Säkerheten för mamma och barn skiljer sig inte från vanlig vård. Sandall et al. (2016) granskade 15 studier där 17 674 kvinnor slumpmässigt tilldelats caseload eller vanlig vård. Utfallet för caseload var fler spontana vaginala förlossningar med färre interventioner. I en dansk studie av Jepsen et al. (2017) observerades 10 par som vårdats i caseload under förlossning och intervjuades efteråt. Paret beskriver förhållandet till barnmorskan som en professionell, jämställd och personlig relation där barnmorskan guidar paret genom förlossningen. Det framkom även att det kunde uppstå en besvikelse hos de par som inte fick sin egen barnmorska under förlossningen, men då barnmorskan tog kontakt med paret efteråt kunde upplevelsen av kontinuitet och personlig relation bibehållas.

I en magisteruppsats av Rausér och Ring (2019) undersöktes kvinnors förväntningar på kontinuitet i Min Barnmorska. Kontinuiteten förväntades leda till att de skulle lära känna barnmorskan och att detta under förlossningen skulle inge trygghet. I en prospektiv longitudinell studie, där 758 kvinnor i den vanliga graviditetsvården tillfrågades, undersökte Hildingsson et al. (2016) svenska kvinnors intresse av caseload som vårdform. Det framkom att hälften av kvinnorna efterfrågade kontinuitet under graviditet, förlossning och eftervård. Bland kvinnor med förlossningsrädsla var kontinuiteten högre värderad. Enligt Graviditetsregistret (2020) behöver 10% av gravida kvinnor i Sverige extra stödåtgärder i form av samtalskontakt med barnmorska, läkare eller psykolog, relaterat till förlossningsrädsla. Fler omfödelskor än förstfödelskor behöver extra stöd, förmodligen på grund av tidigare negativ förlossningsupplevelse. Hildingsson et al. (2019) lät 70 förlossningsrädda kvinnor, varav 24 kvinnor vid något tillfälle under förlossningen hade en barnmorska hon träffat under graviditeten, skatta sin förlossningsrädsla enligt FOBS (Fear Of Birth Scale) i mitten och slutet av graviditeten samt 2 månader post partum. Det framkom att kontinuitet med samma barnmorska genom vårdkedjan var viktigare för en minskad förlossningsrädsla än själva rådgivningen.

Perspektiv och utgångspunkter

Definition av relation

“Relation innebär att två eller fler personer har ett förhållande med varandra som bygger på känslor [...]. En relation är ömsesidig, det vill säga den bygger på att de som är med i relationen både ger och tar emot exempelvis omtanke och uppmärksamhet.” (Nationalencyklopedin [NE], u.å.)

Barnmorsketeorin - The partnership model

Kontinuitetsvård, där barnmorska och kvinna följs åt under graviditet och förlossning, ger enligt Perriman et al. (2018) möjlighet till att skapa en relation, ett partnerskap. Rosemary Mander, barnmorska och professor, har formulerat The Partnershipmodel, partnerskapsmodellen (Mander, 2011). Teorin beskrivs som ett redskap för att kunna applicera barnmorskans kvinnocentrerade yrkesansvar i det dagliga kliniska arbetet och innefattar jämlikhet, autonomi och delat ansvar mellan kvinna och barnmorska. Partnerskapsmodellen betonar vikten av

barnmorskans strävan efter att vara “med kvinnan” och att ge kontinuitet i samband med graviditet och förlossning (Mander, 2011). Teorin är applicerbar på föreliggande studie då synsättet, att arbeta med kvinnan i ett partnerskap, möjliggörs av den uppbyggda relationen mellan kvinna och barnmorska.

Kvinnocentrerad vård

Det engelska ordet för barnmorska är midwife och översätts till svenska som “med kvinna” (Berg, 2010). Barnmorskans redskap i vårdandet är vårdrelationen där barnmorskan är öppen för kvinnans livsvärld och livsberättelse. En förtroendefull relation skapar trygghet som är viktig för att stärka identiteten i övergången till en ny fas i livet, att bli mamma.

Vårdetiska och samhällseliga aspekter

Ett respektfullt bemötande i vården är en fundamental mänsklig rättighet enligt World Health Organization (WHO, 2018) som förespråkar barnmorskeledd kontinuitetsvård. En god relation och kommunikation med barnmorskan är viktigt för en positiv förlossningsupplevelse. Detta kan uppnås genom att kvinnan träffar ett litet team av barnmorskor genom hela vårdkedjan. I patientlagen framgår att vården ska organiseras så att kvinnans behov av kontinuitet tillgodoses (SFS, 2014). Caseload som vårdform, med alla dess positiva effekter på normalt förlossningsförlopp och färre interventioner, är kostnadsbesparande jämfört med andra vårdformer (Hildingsson, 2016; Sandall, 2016). Detta är i enlighet med svensk lag där sjukvården enligt HSL (2017) ska organiseras kostnadseffektivt. Caseload midwifery bidrar till bättre arbetsmiljö och högre tillfredsställelse i yrkesutövandet för barnmorskor samt minskar risken för utbrändhet (Hildingsson et al., 2016); Larsson et al., 2020).

Syfte

Syftet med studien var att belysa vad relationen mellan den födande kvinnan och en för henne känd barnmorska betyder för kvinnans förlossningsupplevelse.

Metod

Metoden som valdes för studien är en kvalitativ intervjustudie vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) lämpar sig för att förstå och belysa den levda vardagsvärlden ur den intervjuades perspektiv. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats antogs för analys av data då analysmetoden beskrivs ge en förutsättningslös analys av text baserad på upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Eftersom kvinnor endast kan erbjudas samma barnmorska under graviditet och förlossning på en plats i Sverige rekryterades samtliga deltagare från Min Barnmorska i Stockholm. Olsson och Sörensen (2021) beskriver denna typ av rekrytering som tillfällighetsurval, ett icke slumpmässigt urval av tillgängliga deltagare. Verksamhetschefen för Min Barnmorska i Stockholm tillfrågades om tillstånd att genomföra studien, vilket medgavs skriftligen. Efter inhämtat samtycke från verksamhetschefen gjordes, med hjälp av en av deras barnmorskor, ett inlägg på deras Instagramkonto (@minbarnmorska). Annonsen innehöll kort information om studiens syfte och instruktioner för de som var intresserade av att delta. När potentiella studiedeltagare hört av sig gjordes en avstämning att inklusionskriterier uppfylls. Inklusionskriterier för deltagande i studien var att kvinnan skulle ha fött barn under 2021 med stöd av en för henne känd barnmorska från mödrahälsovården inom Min Barnmorska. Kompletterande information och samtyckesblankett för deltagande mailades eller postades utifrån deltagarens önskemål, varefter deltagaren undertecknade och skickade tillbaka den. Tid bokades för intervju vilket på grund av geografiskt avstånd och rådande pandemi genomfördes via video-/telefonsamtal. Kvinnan kunde därför själva välja en för henne passande plats för intervjun.

Inom första dygnet efter publicering av annonsen hade 38 kvinnor svarat via e-post. Ett meddelande på Instagram hos @minbarnmorska lades ut med tack för stort visat intresse och information om att det inte fanns utrymme för fler intressenter. Av de totalt 38 kvinnor som visade intresse exkluderades fem kvinnor på grund av att de inte fött barn inom den givna tidsramen. Efter 12 genomförda intervjuer upplevdes att inget nytt framkom. Därefter avböjdes ödmjukt de övriga 21 kvinnorna som visat intresse.

Datainsamling

En semistrukturerad intervjuguide med frågor som ansågs vara av relevans för att besvara studiens syfte utarbetades och användes som underlag vid intervjuerna (bilaga 1). Genom semistrukturerade intervjuer gavs möjlighet att förändra intervjufrågornas form och ordningsföljd och ge följsamhet till samtalet (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna inleddes med att ställa en öppen fråga *Kan du berätta för mig om hur du upplevde din förlossning?* och följdes av kompletterande frågor som belyste relationen mellan kvinnan och barnmorskan, exempelvis *Hur skulle du beskriva din relation till din barnmorska under förlossningen?* och *På vilket sätt påverkades din förlossningsupplevelse av att du och din barnmorska byggt en relation under graviditeten?*. Enligt Olsson och Sörensen (2021) ger öppna frågor studiedeltagaren möjlighet att fritt delge sin upplevelse i ett öppet, lyhört och samarbetsvilligt klimat. Det eftersträvades därför att kvinnorna skulle känna sig betydelsefulla och få tala till punkt utan att bli avbrutna. En pilotstudie genomfördes för att kunna bedöma intervjuguidens relevans för syftet. Inspelningen lyssnades igenom gemensamt, diskuterades och frågornas svar på syftet bedömdes. Intervjufrågorna ansågs hålla god kvalitet och intervjun inkluderades i studien. Av 12 intervjuer gjordes en tillsammans i mitten av intervjuprocessen då möjligheten gavs, resten av intervjuerna fördelades jämnt mellan studieansvariga. Efter inhämtat samtycke av deltagarna spelades intervjuerna in för att i efterhand transkriberas. Intervjuerna var mellan 15 och 28 minuter långa, varav medianen var 19 minuter.

Analys av data

De transkriberade intervjuerna, vilka utgjorde analysenheten, lästes flera gånger för att få en känsla av materialets helhet. I materialet markerades de stycken som svarade på syftet, vilka blev meningsbärande enheter. Dessa lades in i en tabell med intervjunummer, kondenserades ner utan att förlora kärnan och kodades. Därefter skrevs samtliga meningsbärande enheter med tillhörande kondensering och kod ut på papper vilka klipptes i remsor. Koder med ord eller meningar av liknande innehåll placerades i högar på ett stort bord vilket gav en större förståelse för materialets innehåll och ett övergripande tema framträdde. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är ett tema innehåll som återkommer i samtliga kategorier. För att lättare kunna hantera det stora antalet koder skapades ett digitalt dokument där koder med samma betydelse från ursprungstabellen kopierades och grupperades in under tillfälliga rubriker. Arbetet med att sortera var en process där koder flyttades runt mellan rubrikerna tills uppdelningen bedömdes korrekt. Utifrån innehållet under varje rubrik formulerades kategorier och subkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
“ju längre tiden gick och ju mer jag träffade dom [...] så kände jag att jag fick ett fullt förtroende för att det var dom jag ville ha med mig.” (7)	Ju mer jag träffade dem desto större förtroende kände jag. (7)	Förtroendet ökade ju mer vi träffades. (7)	Kvinnans förtroende för barnmorskan	En ömsesidig tillit
“Det hjälpte mycket att veta att man har suttit och pratat om förlossningen och de vet min historia [...] det kändes så tryggt också, att veta att de verkligen var uppdaterade med allt. (11)	Det hjälpte att man pratat om förlossningen och de vet min historia. Det kändes tryggt, också att de var uppdaterade med allt. (11)	Vetskapen om att barnmorskan kände henne gav trygghet. (11)	Barnmorskans förkunskap om kvinnan	

Forskningsetiska avvägningar

Under genomförandet av studien beaktades de fyra grundprinciperna inom medicinsk forskningsetik vilka enligt Oscarsson och Georgsson (2021) är godhets-, rättvis-, autonomi och inte-skadapprincipen. Förhoppningen var att studien skulle komma att göra gott genom att bidra med ny kunskap till forskningsområdet. Oscarsson och Georgsson (2021) påtalar risken som finns i att ställa emotionellt svåra frågor och enligt Dempsey et al. (2016) är det av vikt att i förväg ha en handlingsplan utifall behov av stöd skulle uppstå. Vid en av intervjuerna framkom behov av ytterligare stöd vilket hanterades i enlighet med handlingsplanen, att hon skulle ta kontakt med sin ansvariga barnmorska. Alla som inkluderades och deltog i studien behandlades på lika villkor, genom att de fick samma frågor och möjligheter att delge sina upplevelser. Kvinnorna som deltog i studien gjorde det välinformerat och av egen fri vilja och respekten för varje individs integritet beaktades. Vid intervjutillfället säkerställdes det att kvinnan förstått innebörden av studien och hon påmindes om att hon när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange en anledning.

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen vilken anger regler och riktlinjer för forskning som genomförs på människor (World Medical Association [WMA], 2018). I

Sverige är det lagstadgat att före forskning som behandlar personuppgifter, vilket möjliggör psykisk skada på forskningspersonen, inhämta en godkänd etikprövning (SFS, 2019). I enlighet med lagstiftningen mottogs i juli 2021 ett rådgivande yttrande från VEN (vårdvetenskapliga etiknämnden) vid medicinska fakulteten på Lunds Universitet med nummer 50-21. VEN hade inga etiska invändningar mot att studien skulle genomföras enligt beskrivning i ansökan. Syftet med Dataskyddsförordningen (GDPR) är enligt Oscarsson och Georgsson (2021) att personuppgifter och annan känslig information ska skyddas. All insamlad data behandlades konfidentiellt och förvaras på en plats där ingen obehörig kunde ta del av materialet. Efter godkänd examination förstörs all övrig insamlad data.

Förförståelse

Före studiestart hade studieansvariga inga egna erfarenheter av att arbeta med eller erhålla kontinuitetsvård under graviditet. Under studerandet av forskningsområdet kontinuitetsvård växte kunskapen om dess fördelar fram vilket medvetandegjordes före datainsamlingen och togs i beaktning under intervjuerna samt i analysen av materialet.

Resultat

Studiens resultat belyser relationens betydelse för 12 kvinnors förlossningsupplevelser, där samtliga kvinnor fött barn under 2021 med stöd av en för henne känd barnmorska, från Min Barnmorska. Olika anledningar till att kvinnorna sökt sig till projektet framkom, till exempel en önskan om att föda hemma eller att ha hört gott om projektet. Kvinnorna som deltog i studien var mellan 23 och 37 år gamla med en medelålder på 31 år. För fem av kvinnorna var det första barnet, för sex av kvinnorna andra barnet och för en av kvinnorna tredje barnet. Av de tolv förlossningarna ägde nio rum på sjukhus och tre planerat i hemmet.

Under analysprocessen framkom tre kategorier; *En ömsesidig tillit*, *Närvarons betydelse* och *Mångfacetterad kommunikation* med underliggande subkategorier. Samtliga studiedeltagare beskrev trygghet som en förutsättning för en positiv förlossningsupplevelse varpå ett övergripande tema tydliggjordes; *Viktigast av allt är tryggheten*.

Tabell 2. Resultattabell

Viktigast av allt är tryggheten		
En ömsesidig tillit	Närvarons betydelse	Mångfacetterad kommunikation
Kvinnans förtroende för barnmorskan	En bubbla av lugn och ro	En ömsesidig förståelse
Barnmorskans förkunskap om kvinnan	Upplevd tillgänglighet	Ett stärkande bemötande

Viktigast av allt är tryggheten

Den uppbyggda relationen mellan kvinna och barnmorska, i en sammanhållen vårdkedja, hade stor betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse. Relationen skapade trygghet vilket möjliggjorde och förstärkte känslan av tillit, närvaro och god kommunikation. Upplevelsen av trygghet genomsyrade samtliga kategorier.

“Alltså jag kunde också liksom njuta av upplevelsen mer eftersom jag kände att vi var i trygga händer.” (Studiedeltagare 5)

En ömsesidig tillit

Av resultatet framkom det att relationer byggda över tid främjade en ömsesidig tillit. Kvinnans förtroende för barnmorskan och att barnmorskans uppvisade tillit till henne bidrog till känslor av trygghet att både överlämna och ta kontrollen. Den ömsesidiga tilliten kunde innebära ett för kvinnan upplevt ansvar för barnmorskans känslor vilket kunde verka hämmande. Analysen resulterade i två subkategorier; *Kvinnans förtroende för barnmorskan* och *Barnmorskans kunskap om kvinnan*.

Kvinnans förtroende för barnmorskan

Det framkom att kvinnans tillit till och förtroende för barnmorskan uppstod redan tidigt vid första mötet och kom av vetskapen att barnmorskan eller teamet skulle finnas med henne hela vägen. Detta lade grunden för hög grad av tillit under förlossningen och medförde att kvinnan kunde överlämna kontrollen, utan att ge upp känslan av kontroll, och känna trygghet. Återkommande beskrevs det vara skönt att släppa ansvaret till barnmorskan och därmed kunna slappna av och njuta av upplevelsen. Det framkom att förtroendet och tilliten till barnmorskan

ökade ju mer de träffades men också att det kunde räcka med något enstaka fysiskt eller digitalt möte för att etablera tillit och förtroende.

“... det var jättebetydelsefullt att det var en personlig kontakt, en relation vi hade byggt upp under min graviditet.” (Studiedeltagare 7)

Det visade sig kunna uppstå en besvikelse av en oinfriad förväntning då kvinnan inte fått ha “sin barnmorska” som följt henne under graviditeten närvarande vid förlossningen. Besvikelsen beskrevs vara kortvarig och övergående då en annan barnmorska från samma team, som de också träffat, kom till förlossningen. Att samtliga barnmorskor i teamet visade engagemang samt vetskapen om att barnmorskorna pratade med varandra om kvinnorna uppgavs ge trygghet och gav känslan av att det fanns en relation, även om de bara träffats någon enstaka gång. Likaså att tillit till projektets värdegrund och syn på födandet överensstämde med hennes egen, bidrog till trygghet.

“... det finns redan en relation [...] ganska direkt när jag träffat dom här olika barnmorskorna så har jag själv känt ett starkt förtroende att man är lite på samma, liksom, tankebana [...] Även om jag bara hade träffat henne vid nått tillfälle.” (Studiedeltagare 6)

Med relationen som byggts upp över tid kom barnmorskan att bli en mycket betydelsefull person som kvinnorna kände ett speciellt band till, vilket gav trygghet. Barnmorskan beskrevs genom många uttryck; en räddare, ängel, modersfigur, storasyster, kompis, skyddsängel eller en del av familjen.

“... när hon kom hit så var det som liksom att en ängel kom hit o bara räddade mig.” (Studiedeltagare 5)

En ömsesidig tillitsfull relation var oftast fruktbar men medförde för kvinnan med sig ett upplevt ansvar för barnmorskans känslor. Det kunde innebära en sårbarhet för kvinnan där hon blev hämmad och obekvä. En känsla av motvillighet gentemot att uttrycka något som kunde uppfattas som kritik i en för övrigt positiv förlossningsupplevelse framkom.

“... jag tyckte så himla mycket om henne, så jag ville liksom inte ge henne någon kritik [...] Jag fick lite förlossningsskada och sådär, som blev ganska jobbig att leva med [...] hon har ju varit

så himla fin mot mig hela tiden, jag vill inte komma där och vara så där gnällig och klaga liksom.” (Studiedeltagare 12)

Barnmorskans förkunskap om kvinnan

Gemensamt för samtliga kvinnors upplevelse av trygghet under förlossningen var vetskapen om att barnmorskan kände till henne sedan innan förlossningen samt hade koll på hennes bakgrund och historia. Återkommande i kvinnornas berättelser var den trygghet som kom av att barnmorskan på förhand hade läst journalen och att teamet gemensamt hade pratat om varje kvinna. Känslan av ansvar att behöva förklara allt från början lyftes bort från kvinnan vilket upplevdes som en trygghet och möjliggjorde att de direkt kunde samarbeta i det som var nu.

“... jag visste att hon hade läst liksom min journal [...] Det gjorde absolut att jag kände mig trygg. [...] jag kommer inte att behöva förklara allting från början för en person som jag aldrig har träffat, utan hon vet det.” (Studiedeltagare 2)

Kvinnorna beskrev att då de flera gånger under graviditeten träffat barnmorskan, som sannolikt skulle bistå vid förlossningen, och därmed fått möjlighet att lära känna varandra, skapades en känsla av att bli sedd för den hon är som person. Det medförde att kvinnan inte behövde tänka på hur hon agerade under, eller hanterade sin förlossning. Att barnmorskan kände till hennes personlighet och visste hur hon betedde sig i vanliga fall upplevdes skönt och tryggt.

“Jag kände mig trygg i att hon vet att jag inte är galen, men det är så här jag hanterar min förlossning.” (Studiedeltagare 12)

Genom att ha pratat om önskemål och rädslor redan innan förlossningen kunde barnmorskan tillgodose kvinnans behov utan att hon behövde be om det. Det gjorde också att kvinnan vågade ta plats i förlossningsrummet utan att känna att hon var till besvär.

“... dels var det att jag gärna ville bada. [...] Det är nog lätt att man inte vill ta plats. [...] så fort vi kom in så bara ”ska jag ta fram en pool?” och jag bara ”ja!”. (Studiedeltagare 3)

Närvarons betydelse

Relationen som byggts till barnmorskan under graviditeten förstärkte upplevelsen av närvaro och tillgänglighet under förlossningen. Kvinnorna beskrev betydelsen av att barnmorskan var tillgänglig för kvinnan redan under latensfas och sedan fanns vid hennes sida under hela förlossningen, utan stress eller avbrott. Ur analysen framkom två subkategorier; *En bubbla av lugn och ro* och *Upplevd tillgänglighet*.

En bubbla av lugn och ro

Målande för kvinnornas berättelser var att barnmorskan, som de hade en relation till, med sin närvaro utstrålade lugn, trygghet och tillit. Detta var betydande för kvinnans upplevelse av ro och inre lugn under förlossningen. Relationen möjliggjorde att dessa känslor kunde uppstå omedelbart då barnmorskan klev in i rummet samt att de från den stunden kände att de kunde slappna av och hänge sig åt födandet.

“... man kunde slappna av [...] fokusera på att föda barn och inte på att [...] överleva ...”
(Studiedeltagare 5)

Barnmorskan som kvinnan kände sedan tidigare hade en betydande roll för kvinnans upplevelse av lugn i stressade situationer. Det lugn som barnmorskan uppvisade smittade av sig och bidrog till att kvinnan kunde behålla lugnet, vilket var en förutsättning för fortsatt trygghet. Lugn och avkoppling under förlossningen gav möjlighet till fokus vilket även underlättade hanteringen av smärta. Det beskrevs även att minimalt antal undersökningar och interventioner möjliggjorde att känslan av lugn och ro kunde behållas, utan störningsmoment. Då åtgärder var nödvändiga bidrog barnmorskans information och skäl till åtgärden till fortsatt ro.

“... det var inga ingrepp alls, det var knappt känna hur öppen jag var [...]man får ro på ett annat sätt.” (Studiedeltagare 4)

Det framkom vara värdefullt för förlossningsupplevelsen att inte känna stress. Relationen som byggts under graviditeten fördjupades ytterligare av att barnmorskan fanns kvar vid kvinnans sida under hela förlossningen. Detta gav en känsla av att barnmorskan inte var på väg någon annanstans och det beskrevs att tiden kändes obetydlig. Av detta kom upplevelsen av lugn,

trygghet och känslan av att det var hennes stund. Bara det att barnmorskan satt bredvid var av betydelse, det kunde räcka med att hon fanns i rummet.

“... det kunde bli en sån lugn stämning i rummet. Vi släckte ner o hade en ljusslinga o hon satt o stickade [...] hon ingav en trygghet i sin närvaro utan att egentligen göra så mycket.”
(Studiedeltagare 6)

Upplevd tillgänglighet

Tryggheten i den uppbyggda relationen och det redan etablerade kontaktnätet med teamet gjorde att kvinnorna, tidigt i förlossningsförloppet, upplevde barnmorskan som lättillgänglig i välkomnande anda. Stödet i latensfasen, via telefon och hembesök, gav lugn och trygghet redan i hemmet vilket fortsatt genomsyrade hela förlossningsupplevelsen. Kvinnorna beskrev att de redan under denna fas kunde lägga över ansvaret i barnmorskans händer. Barnmorskans stöd upplevdes av kvinnorna ge möjlighet till vila och avslappning i hemmet, då barnmorskan kunde bedöma och informera henne om var hon befann sig i förlossningsförloppet. För kvinnan innebar det att hon inte behövde förflytta sig till sjukhuset för tidigt, för att eventuell behöva åka hem igen. Kvinnan behövde inte känna oro över att bli hemskickad. Att få stöd i latensfasen av sin barnmorska och sedan möta upp henne på förlossningen upplevdes som ett tryggt omhändertagande.

“... att man fick ett hembesök och liksom fick bekräftat att; ah, men nu är du såhär öppen, om du kan vila. [...] O sen när vi väl åkte in att jag visste att en av barnmorskorna [...] skulle möta upp oss där.” (Studiedeltagare 1)

Det framkom vara betydelsefullt att ha “sin barnmorska” närvarande på rummet hela tiden. Att tillbringa mycket tid tillsammans på rummet gjorde kvinnan bekväm vilket möjliggjorde personliga samtal och ökade hennes trygghet genom att hon hade möjlighet att ställa frågor efterhand som de dök upp. En hög närvaro gav känsla av att vara i trygga händer, bli sedd, och ökade tilliten. Närvaron, och vetskapen om att den inte skulle avbrytas, förstärkte relationskänslan. Detta beskrevs även av de kvinnor som haft en lägre kontinuitet under graviditeten eller inte fick sin “huvudbarnmorska” under förlossningen.

“... hon försvann inte så att vi lämnades med en massa frågor [...] Det kunde gå en timme, sen kom man på [...] nån mer fråga, då kunde man ställa den på en gång, så hon fanns ju närvarande hela tiden och det var ju väldigt tryggt ...” (Studiedeltagare 11)

Mångfacetterad kommunikation

Kvinnorna beskrev flera olika typer av kommunikation. Att kvinnan och barnmorskan hade en relation sedan tidigare gav goda förutsättningar för att förstå varandra under förlossningen. Information och muntlig uppmuntran beskrevs som viktigt, likaså tysta uttryck och blickar som bekräftade känslan av att vara sedd och förstådd. Ur analysen framkom två subkategorier; *En ömsesidig förståelse* och *Ett stärkande bemötande*.

En ömsesidig förståelse

En känsla av att vara hörd och trygg uppstod då barnmorskan bekräftade att hon på förhand tagit till sig kvinnans önskemål kring förlossningen och eftersträvade att infria dessa. Den uppbyggda relationen gav goda förutsättningar för att med enkelhet kunna kommunicera, även kring sådant som med en okänd barnmorska skulle kunna upplevas för personligt eller svårt.

”... vi kunde prata om rädslor o förväntningar o önskemål vilket gjorde att jag kände mig supertrygg.” (Studiedeltagare 7).

Kvinnorna beskrev vikten av att få information från barnmorskan, både när allt fortlöpte normalt och när det avvek. Då barnmorskan kände kvinnan sedan tidigare upplevdes informationen vara anpassad till just henne. I situationer där förutsättningarna förändrades blev tydlig kommunikation kring åtgärder extra viktig. Upplevelsen av att bli guidad i situationer som krävde det, till exempel i krystfasen, bekräftade att allt var normalt vilket bidrog till trygghet och en positiv förlossningsupplevelse.

“Så sa hon hela tiden ”allting är som det ska”. Hon var jättestöttande och hela tiden också bekräftade att det var ingenting som var konstigt eller fel.” (Studiedeltagare 10)

För kvinnorna i studien var det viktigt för känslan av trygghet att känna sig sedd och förstådd. Den uppbyggda relationen och den höga närvaron lade grunden till en ömsesidig förståelse som

inte behövde formuleras i ord. I vissa fall upplevdes ord överflödiga. Kvinnorna upplevde en trygghet i att barnmorskan kunde läsa av och förstå hennes behov även när hon inte använde ord.

*“... hon visste när det var dags att backa och när jag faktiskt behövde hennes stöd ...”
(Studiedeltagare 9)*

I stunder då det var svårt för kvinnan att förmedla sina behov verbalt var det extra viktigt att bli förstådd genom tyst kommunikation, vilket möjliggjordes av att hon och barnmorskan kände varandra. Att barnmorskan fanns där, kände av stämningen, tolkade kvinnan och visade det genom sina handlingar och blickar bidrog till trygghet.

“... hon såg mig, hon fattade var jag befann mig rent mentalt och kunde fånga upp det. Jag behövde inte prata så mycket [...] det kändes som att hon fattade mig liksom. [...] Och lyssnade på vad jag försökte förmedla.” (Studiedeltagare 12)

Ett stärkande bemötande

En lyhörd barnmorska som kände till och var mån om att infria kvinnans önskemål var av stort värde för kvinnorna. De beskrev att när barnmorskan redan på förhand kände till hennes önskemål kunde dessa införlivas utan att hon behövde be om det. Relationen till barnmorskan möjliggjorde ett upplevt gott stöd vilket gav varma och lyckliga känslor. Det goda stödet var speciellt betydelsefullt vid upplevd stress, obehag eller när kvinnans tro på sin egen förmåga började sina. I sådana stunder var det betydelsefullt med en peppande barnmorska.

“man bara ”alltså jag klarar inte det här, du får ta emot, du får ta emot!”. Men hon sa ”det här fixar vi tillsammans”, alltså hon peppade mig och vet ju vad jag vill för man har ju hunnit gå igenom det. [...] det var verkligen på mina villkor ...“ (Studiedeltagare 4)

Det framkom att när barnmorskan kände kvinnan kunde hon ge individanpassad omvårdnad och bemötande på ett respektfullt sätt utifrån kvinnans villkor. Detta var betydande för känslan av trygghet och en positiv förlossningsupplevelse. Vid undersökningar och interventioner var det viktigt för upplevt gott bemötande, att av barnmorskan bli tillfrågad om samtycke, då det skapade trygghet och en känsla av kontroll. När kvinnan sedan tidigare hade en relation till

barnmorskan fanns ett förtroende vilket gjorde att det professionella bemötandet uppfattades som ett jämställt partnerskap.

“... det är liksom en professionell relation från deras sida, i min högst liksom personliga stund [...] jag hamnar i sån beroendeställning [...] Men dom är så himla professionella så att jag känner mig aldrig i underläge ...” (Studiedeltagare 7)

Relationen som byggts under graviditeten lade grund till en individanpassad kommunikation. En tydlig kommunikation om att kvinnan hade valmöjligheter och självbestämmande under sin förlossning stärkte tron på de egna förmågorna. En känsla av att äga sin förlossning framkom. Barnmorskans visade tillit till kvinnan gjorde att hennes tillit till sig själv växte vilket var betydelsefullt och beskrevs minska behovet av smärtlindring.

“... hon fick mig att... alltså jag var väldigt rädd. [...] hon fick mig ändå att lita på mig själv [...] att jag skulle tro på att jag skulle klara det.” (Studiedeltagare 8)

Det beskrevs att den uppbyggda relationen och vetskapen om att barnmorskan skulle finnas där hela tiden gav mod och styrka vilket i sin tur gjorde att kvinnorna antingen kunde “släppa kontrollen” eller “ta kontrollen”. Känslan av kontroll stärktes av barnmorskans bekräftelse på att kvinnan gjorde ett bra jobb och visade tilltro till henne. Detta visade sig vara värdefullt både för en god förlossningsupplevelse samt för en stärkt självkänsla.

“... att känna att jag från början till slutet hade den kontrollen och klara mig själv [...] väldigt viktigt både i förlossningsstunden [...] och för min egen självkänsla som mamma ...” (Studiedeltagare 6)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie valdes som metod för att belysa kvinnors upplevelser då Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att metoden lämpar sig för att förstå och belysa den levda

vardagsvärlden ur den intervjuades perspektiv. Möjliga andra metoder hade till exempel varit enkäter, intervjuer i fokusgrupper eller en litteraturstudie. För att få en djup förståelse för kvinnornas upplevelser, och ha möjlighet att ställa följdfrågor eller be om förtydligande för att svara på syftet, valdes enkäter bort. Fokusgrupper ansågs ej vara etiskt lämpliga då kvinnorna skulle berätta om högst personliga upplevelser vilket ej bedömdes vara i linje med grundprinciperna för medicinsk forskningsetik angivna av Oscarsson och Georgsson (2021). Det fanns mycket forskning kring kvinnors upplevelser av kontinuitetsvård men inte specifikt om det som önskade undersökas, vad i relationen som hade betydelse för kvinnornas förlossningsupplevelser, varpå en litteraturstudie valdes bort.

Inklusionskriterierna för att delta i studien, att kvinnan skulle ha fött barn under 2021 med stöd av en för henne känd barnmorska från mödrahälsovården inom Min Barnmorska, upplevdes vara lämpligt för att svara på syftet. Begränsningen till kvinnor som fött barn under 2021 förväntades leda till att kvinnorna hade ett färskt minne av sin förlossning. Simkin (1992) menar dock att minnena av en förlossning oftast är tillförlitliga och levande i flera år för kvinnan, varför tidsbegränsningen hade kunnat tas bort och möjligen ge ett annat resultat.

Då kontinuitetsvård som överbryggat graviditet och förlossning endast erbjuds i en av Sveriges 21 regioner innebar det för studien att alla kvinnor som deltog kom från endast en plats i landet. Diskussioner har förts kring att gruppen kvinnor som sökt sig till Min Barnmorska kan ses som en homogen grupp genom liknande resurser i form av språkkunskaper och medvetenhet om sina rättigheter i vården. Detta i eventuellt högre omfattning än Sveriges kvinnliga befolkning som helhet vilket kan påverka generaliserbarheten. För att ett resultat ska kunna vara generaliserbart ska studiedeltagarna kunna representera hela populationen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020). Om kontinuitetsvård funnits på fler platser i landet hade urvalet kunnat breddas och därmed resultaten blivit mer representativa för den kvinnliga populationen. Graneheim och Lundman (2004) skriver att en studies trovärdighet bland annat baseras på resultatets överförbarhet. Enligt SBU (2020) är begreppet tillförlitlighet ett är mer använt begrepp för samma sak. Vidare beskrivs att kvalitativa forskningsresultat är beroende av sammanhanget, vilket påverkar i vilken utsträckning resultaten är överförbara till andra sammanhang. Enligt SBU (2020) kan resultat vara överförbara om tillräckligt med gemensamma faktorer finns. Downe et al. (2018) beskriver att kvinnor över hela världen, i olika kulturella och ekonomiska sammanhang, har likartade önskemål och behov för sin förlossning. Således kan resultatet i föreliggande studie anses vara överförbart i en större kontext av kvinnor,

oavsett bakgrund och socioekonomiska resurser. Dock menar Graneheim och Lundman (2004) att det är det upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart till andra sammanhang eller grupper.

I utformningen av studien diskuterades en rekrytering som ej möjliggjorde en direktkontakt med kvinnorna genom användande av en mellanhand, en barnmorska i Min Barnmorska. Svagheter med denna form av rekrytering sågs vara dels att det skulle ta längre tid att etablera en kontakt med kvinnorna, men även att barnmorskan direkt skulle välja ut och därmed påverka urvalet. Det ansågs heller inte lämpligt att en barnmorska, i Min Barnmorska, skulle ansvara för att välja ut möjliga studiedeltagare då kvinnornas anonymitet inte skulle bevaras. Det hade kunnat medföra en begränsning i hur mycket kvinnorna ville delge om relationen dem emellan. Studiedeltagare rekryterades istället genom en Instagramannons @minbarnmorska vilken väckte stort intresse och många kvinnor önskade delta. För att inte styra urvalet av informanter bland de som anmälde sitt intresse, togs på förhand ett beslut om att inkludera studiedeltagare i den tidsordning som de mailade, under förutsättning att de uppfyllde inklusionskriterierna. Inom ramarna för de givna förutsättningarna reducerade detta tillvägagångssätt risken för att enskilda informanter valdes ut efter erfarenheter eller egenskaper.

Det bedömdes finnas en risk med att de kvinnor som svarade på annonsen med önskemål om att delta i studien skulle ha en dominerande positiv inställning till Min Barnmorska, och just därför vilja berätta om det. Detta skulle kunna ge en onyanserad beskrivning av kvinnornas upplevelser vilket det fanns en medvetenhet om samt togs i beaktande under analysen. Under intervjuerna hölls en förutsättningslös inställning till kontinuitetsvård, med hög medvetenhet om egna reaktioner på kvinnornas berättelser, för att inte påverka deras beskrivning av upplevelser, i varken positiv eller negativ riktning. Denna öppensinnade inställning torde ge bästa möjliga förutsättningar för hög trovärdighet i datamaterialet.

Genomförandet av de 12 intervjuerna gjordes på svenska som båda parter i intervjusituationen behärskade, vilket var av betydelse för att kvinnorna fullt ut kunde förstå frågorna och samtala obehindrat om sin upplevelse. Fördelen med att tolk inte behövde användas var att resultatet baserades på kvinnornas egna ord och ej var färgade av en tredje part. Enligt Olsson och Sörensen (2021) är rummet av betydelse under intervjusituationen. Kvinnorna i föreliggande studie kunde själva välja plats för intervjun, vilket i samtliga fall var i deras hem, vilket bidrog till ett tryggt klimat och möjlighet till en personlig kontakt. Kvinnorna valde i varierande

omfattning att ha sitt lilla barn med sig under intervjun. Barnen kunde stundvis ta kvinnans uppmärksamhet men detta uppfattades inte störa kvinnorna i sina berättelser.

Då kvinnorna hade en relation till barnmorskan och skulle delge upplevelsen av relationen dem emellan, upplevdes det vara av vikt att utöver skriftlig information vid intervjutillfället göra en extra försäkran om att kvinnorna var införstådda med anonymiteten och att inget som kunde härledas till den enskilda individen skulle framgå av studiens resultat. I sin helhet var kvinnornas upplevelser övervägande positiva. Det eftersträvades att alla beskrivna upplevelser och aspekter av relationens betydelse, både positivt och negativt, skulle representeras i studiens resultat.

Resultatdiskussion

Ur resultatet kunde det utläsas att relationen mellan kvinna och barnmorska som byggts upp under graviditeten var en genväg till trygghet under förlossningen och bäddade för en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnans relationskänsla till barnmorskan uppfattades inte vara beroende av hur många gånger de träffats men *att* de hade träffats. Relationen beskrevs resultera i att barnmorskan på förhand kände till kvinnans önskemål och kunde arbeta för att infria dessa på det sätt hon önskade, likt beskrivet i partnerskapsmodellen där kvinnans autonomi värdesätts (Mander, 2011). För kvinnorna bidrog detta till upplevt självbestämmande vilket uttrycktes vara av stor vikt. Kvinnocentrerad vård innebär för den födande delaktighet samt att hon inom ramen för relationen med barnmorskan har ett informerat val (SBF, 2022), vilket i linje med partnerskapsmodellen belyser jämlikhet och delaktighet (Mander, 2011). Resultatet styrks av Bradfield et al. (2019) där en tillitsfull relation som byggts mellan barnmorska och kvinna under graviditeten beskrevs vara nyckeln till att kunna arbeta “med kvinna” under förlossningen vilket enligt Berg (2010) och Mander (2011) är själva kärnan i barnmorskeyrket. Legitimerade barnmorskor i Sverige ska arbeta utifrån ICM:s etiska kod vilken framhäver en grundläggande strävan att utifrån kvinnors mänskliga rättigheter bemöta varje kvinna med ömsesidig tillit och respekt (SBF, 2020). I intervjuerna beskrevs ömsesidig tillit och respekt i relation med barnmorskan.

Vården under graviditet och förlossning är idag fragmenterad genom att inte vara organiserad som kontinuitetsvård (Socialstyrelsen, 2017). Graviditetsregistret (2020) menar att en brist på kontinuitet kan påverka kvinnans upplevelse av vården i negativ riktning. Det framkom i

föreliggande studie att information och stöd redan under latensfasen var av stor betydelse för kvinnornas totala förlossningsupplevelse vilket stärks av Karlström et al. (2015) som understryker vikten av stöd i latensfas för en trygg förlossningsupplevelse. I en nyzeeländsk kvalitativ intervjustudie framkom att de födande kvinnorna inte särskilde förlossningens olika faser från varandra utan beskrev hela förlossningen, inklusive det som definieras som latensfas, som en kontinuerlig process där behovet av trygghet är essentiellt genom hela förloppet (Dixon et al., 2013). I föreliggande studie beskrevs latensfasen som en viktig del av förlossningen och det framkom att då första kontakten under förlossningen var med en barnmorska som kvinnan hade en uppbyggd relation med upplevdes barnmorskan vara välkomnande och tillgänglig för hennes behov. Den redan etablerade tilliten bidrog till en hög grad av trygghet. I en magisteruppsats av Adriansson och Gustafsson (2016) beskrivs kvinnors upplevelser av telefonkontakten med barnmorskan på förlossningen inom standardvården där kvinnorna hade mellan två och fem telefonkontakter, ibland med flera olika barnmorskor, innan ankomst till förlossningsavdelningen. Det beskrevs positivt när samma barnmorska svarade i telefonen igen, och därmed kände till kvinnans situation. Bekräftelse och omtänksamt bemötande, eller avsaknad därav, påverkade kvinnans upplevelse av att i olika grad känna sig betydelsefull och välkommen vilket i sin tur lade grunden till en positiv eller negativ förlossningsupplevelse. Paralleller kan dras mellan de kvinnor i studien av Adriansson och Gustafsson (2016) som fick tala med samma barnmorska igen och med kvinnorna i föreliggande studie som redan kände barnmorskan hon skulle ringa till när förlossningen startade. Kvinnorna hade liknande upplevelser av att barnmorskan kände till henne och hennes historia, vilket var av stor betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse.

Värdet av stöd i latensfasen stärks av kvinnornas berättelser i föreliggande studie. Kontinuitetsvård med uppbyggd relation till barnmorskan ger goda förutsättningar för kvinnor att få det stöd som uttryckligen önskas. Betydelsen av att på ett enkelt och välkomnande sätt få kontakt med sin barnmorska under latensfasen för att känna trygghet under förlossningen lyfts. Larsson et al. (2020) framhäver att barnmorskans ökade tillgänglighet inom kontinuitetsvård ger känslor av närhet och tillit till följd av den uppbyggda relationen under graviditeten. Då trygghet under latensfas kommer av tillgänglighet och att i större utsträckning bli sedd och bekräftad, med ett gott bemötande redan i hemmet (Adriansson & Gustafsson, 2016; Larsson et al. 2020), ses ett behov av ytterligare forskning kring stöd under latensfasen inom ramarna för standardvården.

Även om kontinuitet som överbryggat graviditet och förlossning kan vara svår att uppnå på en nationell nivå, ses en möjlighet för bättre kontinuitet och stöd i kontakterna med förlossningen i latensfasen. Hansson et al. (2020) beskriver stressade och högt belastade barnmorskor på dagens förlossningsavdelningar. Detta bedöms inte vara gynnsamt för möjligheten till optimalt bemötande i telefonkontakten med kvinnan. Utifrån resultatet i föreliggande studie och det av Adriansson och Gustafsson (2016) beskrivs att förlossningsupplevelsen präglas av bemötandet i telefonen, ses en betydelse i att utveckla kontakten med kvinnan i latensfasen. Möjligtvis skulle ett bättre bemötande och stöd kunna uppnås genom att frigöra en barnmorska till endast telefoni vilken kan ge fullt fokus i samtalet, utan att bli avbruten. Utbildning hos barnmorskorna om bemötandets betydelse för förlossningsupplevelsen skapar en medvetenhet vilken genererar en kontakt som bättre tillgodoser kvinnornas behov (Bjerga, 2019). Samtalets natur bidrar således till om kvinnan som bedöms vara i latensfas kan stanna hemma med en trygg känsla av att vara bekräftad eller med en känsla av att vara avvisad.

I resultatet framkom stora fördelar med kontinuitet från graviditet till förlossning då tydliga samband sågs mellan den förtroendefulla uppbyggda relationen och tryggheten under förlossningen, vilket bekräftar att de förväntningar som kvinnorna i studien av Rausér och Ring (2019) beskriver infrias. Kontinuiteten stärker partnerskapet mellan kvinna och barnmorska vilket enligt Mander (2011) är förutsättningen för att kunna arbeta kvinnocentrerat. Flera studier bekräftar detta samband som en effekt av kontinuitetsvård som vårdform (Forster et al., 2016; Hildingsson et al., 2016; Larsson et al., 2020; Perriman et al., 2018; Sandall et al., 2016).

Det framkom i resultatet att oavbruten närvaro av en och samma barnmorska under hela förlossningen hade stor betydelse för den födandes trygghet och förlossningsupplevelse. SBF (2022) påtalar vikten av kontinuerligt stöd under förlossningen och dess möjligheter till att som barnmorska arbeta kvinnocentrerat, vilket Mander (2011) lyfter fram som centralt i partnerskapsmodellen. Vidare beskriver (SBF, 2022) att "en födande - en barnmorska" bör vara standard i svensk förlossningsvård. Arbetssättet innebär att den födande kvinnan så tidigt som möjligt i den aktiva fasen tilldelas en barnmorska som sedan finns vid hennes sida hela tiden, utan att ha hand om flera födande samtidigt. Detta ger möjlighet till att bygga en tillitsfull relation där den födande känner sig sedd och stärkt under förlossningen vilket möjliggör en god förlossningsupplevelse (SBF, 2022; Perriman et al., 2018). Detta är i linje med resultatet i föreliggande studie där den tillitsfulla relationen mellan kvinnan och barnmorskan var starkt sammanlänkad med en positiv förlossningsupplevelse. Betydelsen av en uppbyggd relation

mellan kvinna och barnmorska lyfts fram av Hildingsson et al. (2021) som beskriver att då kvinnan under förlossningen bistås av en barnmorska som hon träffat någon gång under graviditeten har det en signifikant positiv påverkan på förlossningsupplevelsen. Detta bekräftas av kvinnorna i föreliggande studie vilka beskrev att relationen som skapats under graviditeten fördjupades under förlossningen till följd av den oavbrutna närvaron. Utöver detta tycktes det dock kunna utläsas att hög närvaro under förlossningen, av en och samma barnmorska, var av *större* betydelse för kvinnans relationskänsla till barnmorskan än att de träffats under graviditeten. Trygghet som kom av barnmorskans tillgänglighet och höga närvaro på rummet belyser även Karlström et al. (2015) som en bidragande faktor till en positiv förlossningsupplevelse.

Genom att implementera one-to-one care i den traditionella förlossningsvården i Sverige skulle den födande kvinnans känsla av trygghet och tillfredsställelse kunna öka, inom ramarna för den befintliga vården. Enligt Mander (2011) främjar kontinuitetsvård och hög närvaro den mellanmänniska kontakten mellan kvinnan och barnmorskan, att vara med kvinnan. Detta realiserades i vårt grannland Norge under 2010 då en nationell rekommendation utfärdades om att one-to-one care skulle implementeras på landets samtliga 48 förlossningskliniker (Bjerga, 2019). Vårdformen innebar för förlossningsavdelningarna att barnmorskans närvaro på förlossningsrummet under aktiv förlossning ökade i stor utsträckning. Barnmorsketätheten ökade och personalen utbildades inom arbetssättet vilket i sig medförde en ökad medvetenhet hos barnmorskorna om betydelsen av närvaro på rummet. I Sverige finns det idag ingen nationell riktlinje om "en födande -en barnmorska" vilket innebär att förlossningsvården inte ges på lika villkor för hela befolkningen, som det är lagstadgat i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017).

Konklusion och implikationer

Resultatet visar att den aktiva fasen av förlossningen inte kan ses som en enskild händelse som är oberoende av det som händer före, då den i hög grad påverkas både positivt och negativt av kvinnans upplevelser och känslor under graviditet och latensfas. En tillitsfull relation som kommer av kontinuitet, ett gott stöd i latensfasen och oavbruten närvaro av en och samma barnmorska under aktiv förlossning tycks vara kärnan i vad som ger kvinnan en positiv

förlossningsupplevelse. Därmed bör detta vara fokus i förbättringsarbete av förlossningsvården. Målet för barnmorskans yrkesutövande i förlossningsvården bör vara att finnas där för kvinnan på det vis som hon behöver, “med kvinnan”. Förlossningsupplevelse ska inte bara innebära, som en kvinna i studien uttryckte, “att överleva”, utan vara en livshändelse som kvinnan med en positiv och stärkande anda bär med sig resten av livet.

Referenser

- Adriansson, S. & Gustafsson, H. (2016). *Förstfödernas upplevelser kring telefonkontakt med barnmorska på förlossningsavdelning inför förestående förlossning* [Examensarbete, Högskolan i Borås]. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1077593/FULLTEXT01.pdf>
- Berg, M. (2010). Vårdande värdegrund vid barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka. Vårdande vid barnafödande*. (2 uppl. s. 29–43). Studentlitteratur.
- Bjerga, B. G., Risa, M., Blix, E., & Pay, A. (2019). One-to-one care routines and compliance with the national professional recommendation on continuous intrapartum support in Norway: A national survey. *European journal of midwifery*, 3, 14. <https://doi.org/10.18332/ejm/110064>
- Bradfield, Z., Hauck, Y., & Kelly, M. (2019) "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy Childbirth* 19(29). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>
- Dempsey, L., Dowling, M., Larkin, P., & Murphy, K. (2016) Sensitive Interviewing in Qualitative Research. *Research in nursing and health* 39(6), 480-490. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/nur.21743](https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/nur.21743)
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29(1), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.001>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & 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, (28). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graviditetsregistret (2020). *Graviditetsregistrets årsrapport 2020*. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20Årsrapport%202020%203.0.pdf>
- Hansson, M., Lundgren, I., Dencker, A., Taft, C., & Hensing, G. (2020). Work situation and professional role for midwives at a labour ward pre and post implementation of a midwifery model of care – A mixed method study. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 15(1), 1–11. <https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/17482631.2020.1848025>

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(2), 27-32.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.002>

Hildingsson, H., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and birth*, 34(3), 255-261.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>

Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C., & Haines, H. (2019). Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(1), 58-63.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.014>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

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: journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), e61-e69.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.003>

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(251)

<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>

Karolinska universitetssjukhuset. (16 maj 2022). *Min barnmorska - sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam*. <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2019:1144)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Larsson, B., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 24(100504). <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100504>

Lundgren, I. (2016). Från hemförlossning till institutionsförlossning. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (1 uppl., s. 41-45). Studentlitteratur.

Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Den professionella barnmorskan. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (1 uppl., s. 19-25). Studentlitteratur.

Mander, R. (2011). The partnership model. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2 uppl., s. 304-317). Palgrave Macmillan.

Nationalencyklopedin (u.å.). Relation. Hämtad 29 april 2021 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/relation>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (4 uppl.). Liber.

Oscarsson, M., & Georgsson, S. (Red.). (2021). *Etik för barnmorskor* (1. uppl.). Studentlitteratur.

Patientlag (SFS 2014:821). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>

Rausér, C. & Ring, K. (2019). *Gravida kvinnors val av och förväntningar på caseload kontinuitetsmodell - En kvalitativ intervjustudie*. [Examensarbete, Lunds Universitet]. Lund university publications. <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=9001398&fileOid=9001450>

Region Stockholm. (12 april 2022). *Basprogram*. Mödravårdsenheten Region Stockholm. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-bmm/barnmorskemottagning/graviditet/riktlinjer/basprogram>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4, CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

SFOG. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa*. (Rapport nr 76). Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth issues in perinatal care*, 19:2, 64-81. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x>

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

Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020* (Artikelnummer 2021-12-7651). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7651.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). *SBU:s metodbok* <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>

Svenska barnmorskeförbundet. (2013). *300 years in the service of life*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/03/300-years-in-the-service-of-life.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet. (maj 2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet. (maj 2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (april 2022). *Policydokument En födande – en barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2022/04/Policydokument-En-fodande--en-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-april-2022.pdf>

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

Wiklund, I., (2016). Den breda barnmorskekompetensens framväxt - från förlösande barnmorska till ett brett yrke inom sexuell och reproduktiv hälsa. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa -barnmorskans kompetensområde* (s. 46–48). Studentlitteratur.

World Medical Association. (9 juli 2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* (ISBN 978-92-4-155021-5). https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=hHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization.+WHO+recommendations:+intrapartum+care+for+a+positive+childbirth+experience%3B+2018.&ots=edxtXcFsTk&sig=Z7WixM45H8Qla1uOj4YbXAjuOi4&redir_esc=y#v=onepage&q=continuity&f=false

Arbetsfördelning

Studieansvariga har gemensamt utfört alla delar av studien under handledares översyn.

Intervjuguide

Kan du berätta för mig om hur du upplevde din förlossning?

- *Vilka känslor kommer fram när du tänker på din förlossning?*

Hur skulle du beskriva din relation till din barnmorska under förlossningen?

- *Hur fick barnmorskan dig att känna dig under förlossningen?*
- *Kan du beskriva din känsla av trygghet/otrygghet under förlossningen?*
- *Hur upplevde du stödet från din barnmorska under förlossningen?*

På vilket sätt påverkades din förlossningsupplevelse av att du och din barnmorska byggt en relation under graviditeten?

- *Kan du ge exempel på ett tillfälle under förlossningen när du kände att relationen till barnmorskan var extra viktig?*

Vad fick dig att söka dig till projektet Min Barnmorska?

- *Utifrån dina förväntningar, hur upplevde du att det blev?*

Finns det något mer du vill tillägga eller berätta?

Exempel på vidarefrågor:

- *Vill du ge ett exempel?*
- *Kan du beskriva på vilket sätt?*
- *Kan du berätta mer?*
- *Och vad betydde det för dig?*