



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Kvinnors erfarenhet av graviditet, förlossning och eftervård samt  
önskan om kontinuitetsvård vid en framtida graviditet.

En tvärsnittsstudie

Women's experience of care during of pregnancy, childbirth and the  
postpartum period and their wishes for Midwifery Continuity of Care  
in a future pregnancy.

A cross-sectional study

Författare: Julia Hauer

Daniela Wolfe

Handledare: Anna-Karin Dykes

Antal ord: 5442

Magisteruppsats

Våren 2024

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Socialstyrelsen betonar vikten av kontinuitetsvård under graviditet, förlossning och eftervård. Kontinuitetsvård med barnmorskor (Case-load, Midwifery Continuity of Care) har i flertalet internationella studier visat att fler kvinnor känner sig trygga med vården och fler upplever en positiv förlossningsupplevelse. Kontinuitetsmodeller har även kunnat visa minskad förlossningsrädsla samt ökad amningsfrekvens.

**Syfte:** Att beskriva kvinnors erfarenhet av graviditet, förlossning och eftervård samt deras önskemål om att få vård inom en kontinuitetsmodell vid en eventuell kommande graviditet.

**Metod:** Enkätstudie med kvantitativ ansats. En enkät utformades med studiespecifika frågor. Kvinnor i Lund och Malmö erhöll information samt en QR-kod till enkäten i samband med eftervården. Data bearbetades och analyserades i statistikprogrammet SPSS. Analyserna gjordes deskriptivt samt jämförande med hjälp av chi-två test.

**Resultat:** Totalt besvarades enkäten av 124 respondenter varav 69% önskade kontinuitetsvård i en eventuell kommande graviditet. Kvinnor som beskrev uteblivet stöd under graviditet, förlossning och eftervård önskade i högre grad kontinuitetsvård och det samma gällde för de kvinnor som fött med kejsarsnitt.

**Konklusion:** Mer än hälften av kvinnorna som fött barn i Lund och Malmö uttryckte önskemål om vård i en kontinuitetsmodell vid en eventuell framtida graviditet. Erfarenhet av stöd under graviditet, förlossning och eftervård påverkade deras önskan. Kvinnorna beskrev att ökad trygghet och möjlighet att minska oron som bakgrund till önskemålet om kontinuitetsvård. Framtida vårdformer bör ta hänsyn till kvinnors önskan om kontinuitetsvård.

## Nyckelord

Barnmorska, eftervård, förlossning, förlossningsrädsla, graviditet, kontinuitetsvård, kvantitativ studie.

# Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning .....</b>	<b>3</b>
<b>Problemområde .....</b>	<b>5</b>
Kontinuitetsmodell .....	6
Förlossningsrädsla .....	7
Amning .....	8
Teoretiska perspektiv .....	9
<b>Syfte .....</b>	<b>10</b>
Specifika frågeställningar .....	10
<b>Metod .....</b>	<b>11</b>
Instrument .....	11
Datainsamling .....	12
Analys av data .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
<b>Resultat .....</b>	<b>13</b>
Utbildningsnivå, paritet och partner .....	14
Stöd under graviditet, förlossning och eftervård .....	14
Kontinuitetsvård .....	17
<b>Diskussion .....</b>	<b>17</b>
Metoddiskussion .....	17
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>19</b>
Kontinuitetsvård .....	19
Ökad trygghet och empowerment .....	21

Minskad oro och rädsla .....	21
<b>Konklusion och implikationer .....</b>	<b>23</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>24</b>
Arbetsfördelning.....	30
<b>Bilaga 1 (2) .....</b>	<b>31</b>
Enkät.....	31
<b>Bilaga 2 (2) .....</b>	<b>34</b>

## Problemområde

För att vården ska hålla en hög kvalitet är kontinuitet i vårdrelationen av stor vikt, även för patienternas upplevelse (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2021). Svensk sjukvård uppvisar i jämförelse med andra länder i västvärlden brister i kontinuiteten. I Sverige föder cirka 104 000 kvinnor barn årligen och ungefär 14 000 av dessa kvinnor föder i Skåne (Statistiska centralbyrån [SBC], 2022). Historiskt sett har det alltid varit riskfyllt att föda barn men idag anses risken vid förlossning vara minimal i Sverige (Sveriges förening för obstetiker och gynekologer [SFOG], 2017). Trots det bedöms 20% av alla födande kvinnor uppleva förlossningsrädsla (SFOG, 2017). Under besök hos barnmorska på mödrahälsovården rekommenderas kvinnor kontinuerligt under graviditeten tillfrågas angående eventuell förlossningsrädsla (Socialstyrelsen, 2022). Rutiner hur barnmorskan i mödravården frågar kring rädsla inför kommande förlossning ser olika ut på olika mottagningar. Barnmorskan kan vid behov skicka remiss för vidare behandling av förlossningsrädsla till Mödra- och barnhälsovårds psykolog, mottagning specialiserad på förlossningsrädsla, specialistmödravård eller psykiatrisk mottagning (Socialstyrelsen, 2022). Dessa behandlingar har dock inte visat någon minskad effekt på förlossningsrädslan och inte heller på antal planerade kejsarsnitt på kvinnans begäran (Hildingsson et al., 2011). Hälften av alla gravida föredrar vid förfrågan att följas av en för dem känd barnmorska genom graviditet, förlossning och eftervård (Hildingsson et al., 2015). Kontinuitet inom graviditet, förlossning och eftervård är en av de sex utvecklingsområden som Socialstyrelsen (2024) rekommenderar att sjukvården bör lägga extra resurser på. Förlossningsrädda kvinnor som föder med en barnmorska inom en kontinuitetsmodell som caseload beskriver att deras förlossningsrädsla minskade markant eller till och med försvann helt (Hildingsson, et al., 2018). Enligt graviditetsregistret (2022) upplevde 45% av Skånes födande kvinnor att deras behov av vård tillgodosetts under graviditet och förlossning. Samma siffra gäller även för hela Sverige. Kvinnors erfarenheter av graviditet, förlossning och eftervård samt deras eventuella behov av vård inom en kontinuitetsmodell blir därför fokus för föreliggande studie.

## Bakgrund

World Health Organisation (WHO, 2023a), anser att kvinnors graviditet, förlossning och eftervård bör vara en positiv upplevelse för att på så vis säkerställa kvinnors och deras framtida barns hälsa och välbefinnande. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) ska vården tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande. Vidare bör vården vara lätt att tillgå och god kontakt mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen bör främjas (HSL, 2017:30). Barnmorskans kompetensbeskrivning bygger på barnmorskans internationella etiska kod där kvinnors rätt till jämlik vård understryks (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskan möjliggör för kvinnans autonomi och med dialogens hjälp stärks kvinnans trygghet och delaktighet. Barnmorskan ska med sitt etiska förhållningssätt värna om kvinnans egenvärde och relationen till henne ska vara förtroendeingivande och respektfull (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Gravida i Sverige följs oftast av en och samma barnmorska via mödrahälsovården (Hildingsson 2022). Under graviditeten erbjuds minst 12 besök hos barnmorska (Basprogrammet 2022). Vid förlossningen möter kvinnorna en eller flera för dem okända barnmorskor. Efter förlossningen finns flera alternativ för eftervård, där kvinnan återigen får träffa en ny barnmorska (Cato & Palmér, 2021). Kontinuitetsvård under graviditet, förlossning och eftervård har visat kunna ge flertalet positiva effekter för kvinnan såsom minskad förlossningsrädsla men även minskade medicinska interventioner (Hildingsson et al., 2015, Sandall et al., 2016,). Kontinuitetsvård med barnmorska har inte visat några negativa effekter för kvinnan (Baeke et al., 2013) och är dessutom en kostnadseffektiv vårdform (Hildingsson et al., 2015; Sandall et al., 2016).

## Kontinuitetsmodell

*Caseload midwifery* är en kontinuitetsmodell där barnmorskan ansvarar ensam eller i mindre grupp med barnmorskekollegor för kvinnan genom hennes graviditet, förlossning och eftervård (Meteor, 2015). Inom vårdformen caseload är relationen mellan den gravida kvinnan och barnmorskan central och ur den växer framför allt känslor av förtroende och empowerment (Perriman et al., 2018). Gravida och födande kvinnor inom en kontinuitetsmodell skattar sin förlossningsupplevelse högre än de inom konventionell vård (Forster et al., 2016; Mortensen et al., 2019). Den nära relationen som utvecklas mellan

barnmorskan och den gravida skapar förutsättningar för en tryggare och säkrare förlossning oavsett kvinnans sociala eller kulturella bakgrund (Beake et al., 2013). WHO rekommenderar alla länder att använda sig av kontinuerlig vård med barnmorska då den visats vara gynnsam för både kvinnor och nyfödda (WHO, 2023a). Kontinuitetsmodellen har visat på ökad andel positiva utfall samt markant lägre nivåer av medicinska interventioner (Sandall et al., 2016) och amningsfrekvensen hos kvinnorna inom modellen är något högre (Mortensen et al., 2019; Springall et al., 2023). Kontinuitetsmodellen har även återkommande visats ha positiv effekt på förlossningsrädsla (Hildingsson et al., 2015; Forster et al., 2016; Sandall et al., 2016).

## Förlossningsrädsla

Oro och ångest kopplat till graviditet, förlossning och föräldraskap kan beskrivas som förlossningsrädsla (Socialstyrelsen, 2022). Rädslan graderas från lätt till fobisk (SFOG, 2017). Lätt förlossningsrädsla bedöms som adekvat inför en process som kan vara oförutsägbar (SFOG, 2017). Måttlig rädsla är en oro där kvinnan själv har svårt att hantera situationen utan stöd eller hjälp. Svår rädsla och fobisk rädsla kan innebära ökade risker för både kvinnan och det kommande barnet under förlossningen. Vid fobisk rädsla påverkas kvinnans psykiska mående så till den grad att det har en inverkan på hennes vardag. Kvinnan tenderar att undvika graviditet och har i högre utsträckning önskan om planerat kejsarsnitt (SFOG, 2017). Förlossningsrädsla kan delas in i primär eller sekundär rädsla. Primär förlossningsrädsla innebär rädsla utan tidigare genomgången graviditet och förlossning, sekundär förlossningsrädsla kan bero på bland annat tidigare traumatisk förlossningsupplevelse, sexuella övergrepp och/eller annan traumatisk upplevelse inom hälso- och sjukvård. Rädslan kan ta sig uttryck på olika sätt och ha olika fokus och känslan av att kunna hantera rädslan på egen hand kan variera under graviditetens olika perioder men också utifrån den gravidas tidigare erfarenheter och resurser (SFOG, 2017). Förlossningsrädsla ses oftare hos kvinnor med psykiatrisk diagnos (SFOG 2017) och utlandsfödda kvinnor rapporterar en högre grad av förlossningsrädsla i jämförelse med kvinnor födda i Sverige (Ternström et al., 2015). Utbildningsnivå och/eller ålder har dock inte setts ha något samband med förlossningsrädsla (SFOG, 2017). För att inom mödrahälsovården kunna identifiera samt hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla bör barnmorskan kontinuerligt under hela basprogrammet ställa frågor kring hennes känslor och tankar inför den kommande förlossningen (Socialstyrelsen, 2022). Berättar kvinnan om rädsla under samtal hos

mödrahälsovården bör barnmorskan använda sig av Fear Of Birth Scale (FOBS) där värden över 60 innebär trolig förlossningsrädsla och en eventuell remiss vidare till mottagning specialiserad inom förlossningsrädsla (Region Skåne, 2024).

Den förlossningsrädda kvinnan beskriver ofta oro kring rädsla för smärta under förlossningen och för kontrollförlust. De uttrycker också oro kring avsaknad av stöd från personalen samt för personalbrist på förlossningskliniken (SFOG, 2017; Socialstyrelsen, 2022). Kvinnorna uppger även rädsla över att skadas samt över att barnet skall skadas eller dö under förlossningen (SFOG, 2017; Socialstyrelsen, 2022). Rädslan beskrivs således ofta av existentiell karaktär då kvinnorna upplever födseln som en oundviklig händelse, ett skeende utom kontroll samt helt utan återvändo (Wigert et al., 2020). Förlossningsrädda kvinnor beskriver behov av ett bearbetande och känslomässigt stöd under graviditet, förlossning och eftervårdstid (Wigert et al., 2020). Förlossningsrädslan har visats minska vid kontinuerlig kontakt med en och samma barnmorska under graviditet och förlossning (Hildingsson et al., 2019). Kvinnorna uttrycker att de hade upplevt en minskad oro och rädsla inför förlossningen om de hade följts av barnmorskor via en kontinuitetsmodell (Hildingsson et al., 2015). Framför allt yngre, förstfödorskor, ensamstående och/eller gravida med förlossningsrädsla beskriver alla en önskan om att vårdas av samma barnmorska under graviditet, förlossning och eftervård (Hildingsson et al., 2015; Forster et al., 2016).

## Amning

WHO (2023b) uppmanar till exklusiv amning de första sex månaderna samt fortsatt amning i upp till två år eller längre p.g.a dess många hälsofördelar för både mamma och barn. Amningsfrekvensen sjunker dock både internationellt och nationellt (WHO 2023b). Under graviditetens sista tre månader påbörjas råmjölksproduktionen och bröstmjolk produceras med hjälp av oxytocinpåslaget i samband med placentas avgång (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Det sker hos alla nyförlösta under de första tre dygnen. Oxytocin frisätts i samband med amning och är även det hormon som främjar moderns anknytning till sitt barn (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Oro och stress sänker oxytocinnivåerna och leder till minskad mjölkutsöndring och en fungerande amning tillgodoses således framförallt med hjälp av höga oxytocinnivåer (Kylberg et al., 2018). Tillåtande, stöttande och positiv miljö kring modern i kombination med ett praktiskt amningsstöd har visats verka amningsfrämjande (Blixt et al., 2019) och nyblivna mammor beskriver ett behov av stöd från vårdpersonal för att lyckas upprätthålla en längre



tids amning (Hauck et al., 2016). Amning utanför hemmet har dessutom visats generera obehag och stress för mammor framförallt p.g.a. upplevd negativ inställning från omgivningen (Gallagher et al., 2023). Nyförlösta kvinnor beskriver vidare en frustration över att de återkommande erhåller skilda råd avseende amning beroende på vilken vårdpersonal de möter (Leeming et al., 2015; McFadden et al., 2017).

## Teoretiska perspektiv

MiMo (a Midwifery Model of womancentered care), är en kvinnocentrerad barnmorskemodell utformad efter forskningssamarbeten och i en nordisk kontext (Olafsdóttir et al., 2022). MiMo består av tre sammanflätade teman; *ömsesidig relation*, *förlossningsfrämjande miljö* och *grundad kunskap*. De tre temana omgärdas av ett större tema; *kulturellt sammanhang* som innefattar både främjande och hindrande normer samt ytterst av *balanserande akt* (Olafsdóttir et al., 2022). Den ömsesidiga relationen utformas med hjälp av barnmorskans närvaro i framför allt första mötet med kvinnan, hur information ges men också hur den tas emot. Barnmorskan bekräftar kvinnan och arbetar tillsammans med henne på hennes villkor och är tillgänglig för hennes behov, både professionellt och känslomässigt. Den ömsesidiga relationen bygger på att barnmorskan är delaktig och involverad i kvinnans beslut med en öppenhet inför varje kvinnas unika varande och behov (Olafsdóttir et al., 2022). För en förlossningsfrämjande miljö krävs stillhet för att främja kvinnans känsla av kontroll samt tillit och säkerhet, det vill säga att barnmorskan är särskilt uppmärksam på kvinnans emotionella och fysiska säkerhet. Det ansvaret skall barnmorskan dessutom dela tillsammans med kvinnan, hennes partner och eventuell övrig personal. Vidare skall barnmorskan verka stärkande i, samt stöttande av den normala graviditeten och förlossningen. Den grundade kunskapen berör vikten av att ständigt reflektera kring och verka för utveckling av teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap. Barnmorskan bör även ha förtroende för sin förmåga att använda den förkroppsligade kunskap hen besitter men framför allt utforska och värna om den kunskap den gravida kvinnan bär med sig; vem hon är, vilka hennes erfarenheter är och vilka hennes gränser är (Olafsdóttir et al., 2022).

Att bli gravid kan initialt vara en omvälvande och ofta stressfylld upplevelse (Taubman Ben-Ari et al., 2021). Kvinnans möjlighet att omvandla den existentiella stressen till personlig utveckling och mognad påverkas av hennes tidigare erfarenheter och känslomässiga resurser

(Taubman Ben-Ari et al., 2021). Känsla av sammanhang, KASAM, beskrivs som en förutsättning för hälsa (Antonovsky, 1991). Låga nivåer av KASAM medför en ökad sårbarhet och gravida kvinnor med förlossningsrädsla beskriver markant lägre känslor av begripbarhet, hanterbarhet samt meningsfullhet, det vill säga av KASAM (Voogand et al., 2020). I barnmorskans kompetensområde ingår att stärka kvinnans egen förmåga till hälsofrämjande förändringar (Barnmorskans kompetensbeskrivning, 2018). Ett salutogent förhållningssätt, dvs ett fokus på välbefinnande och det friska hos individen ger goda förutsättningar för ökad KASAM och således även för en förbättrad hälsa (Lundgren & Berg, 2022).

Den gravida kvinnan i Sverige följs oftast av en barnmorska under graviditeten, en eller flera andra nya under förlossningen och under eftervården möter hon vanligen på nytt flertalet för henne okända barnmorskor eller sjuksköterskor. Inom Region Skåne rapporterar mindre än hälften av de gravida och födande kvinnorna att deras behov tillgodosetts under graviditet och förlossning. Kontinuitetsvård med barnmorska har visats ge kvinnor ökad känsla av trygghet och minskad förlossningsrädsla och modellen implementeras nu i flera svenska städer.

## Syfte

Syftet var att beskriva kvinnors erfarenhet av graviditet, förlossning och eftervård samt deras önskemål om vård i en kontinuitetsmodell vid en framtida graviditet.

## Specifika frågeställningar

1. Finns skillnader i bakgrundsfaktorer som utbildningsnivå, paritet, civilstånd, erfarenhet av stöd och önskan om en kontinuitetsmodell?
2. Finns skillnader i önskemål om kontinuitetsmodell hos förlossningsrädda och icke förlossningsrädda kvinnor?
3. Vad beskriver kvinnorna som anledning till att de önskar kontinuitetsvård under en eventuell framtida graviditet?

## Metod

En kvantitativ enkätstudie med tvärsnittsdesign utfördes. Data insamlades via en webenkät som delades ut till kvinnor som fött barn i Malmö och Lund.

### Urval

Ett konsekutivt urval tillämpades och rekrytering pågick från december 2023 till april 2024. Datainsamlingen inhämtades via webenkät från nyblivna mödrar som fött barn de senaste tre månaderna på SUS Lund eller Malmö. Föreliggande studie utgick från ett utifrån studiens syfte formulerat frågeformulär. Kriterier för deltagande var förlossning på kvinnokliniken i Lund eller Malmö. Vidare inklusionskriterier var svensktalande och över 18 år. Målsättningen var att få 200 respondenter. Antalet baserades på en strävan efter att nå signifikanta skillnader.

### Instrument

Ett frågeformulär designades för denna studie innehållande frågor avseende mödrahälsovård, förlossning och eftervård (Bilaga 1). Bakgrundsfrågorna innehöll frågor om ålder, modersmål, utbildningsnivå, civilstånd, paritet samt frågor om eventuell förlossningsrädsla.

Avslutningsvis ställdes en fråga gällande önskemål om att få vård inom en kontinuitetsmodell vid en eventuell framtida graviditet: *"Hade du velat följas inom en kontinuitetsmodell, det vill säga en och samma barnmorska följer dig under graviditet, förlossning och eftervård i en eventuell kommande graviditet?"* med svarsalternativ JA och NEJ. Här gavs också möjlighet att beskriva med egna ord i fritext: *"Beskriv gärna varför"*. De flesta frågorna i frågeformuläret var designade med två svarsalternativ, men enkäten innehöll även ett antal frågor som besvarades med tre alternativ (Inte alls, till viss del och i hög grad). Frågorna formulerades av författarna och granskades av fem yrkesverksamma barnmorskor som själva fött barn. Det resulterade i en mindre förändring avseende formulering av svarsalternativ i en av frågorna.

## Datainsamling

Verksamhetschef på vald kvinnoklinik kontaktades via mejl med informationsbrev där dennes medgivande inhämtades. Rekrytering skedde genom att mellanhänder, d v s barnmorskor eller sjuksköterskor på BB, BB-familj och BB-hemma i Malmö och Lund delade ut information om uppsatsen samt en QR-kod med länk till enkäten. Mellanhänderna erhöll informationsbrev. I början av mars konstaterades sparsamt med svar och med tillstånd från handledare samt kursansvarig lades även information om och länk till studien ut på Facebook och Instagram samt i Facebookgrupper riktade till nyblivna mammor i Malmö och Lund. Datainsamling utfördes med hjälp av det webbaserade enkätverktyget Sunet Survey och kvinnornas svar på enkäten likställdes med samtycke till studiedeltagande. Konfidentialiteten för deltagarna säkerställdes genom att inga personuppgifter inhämtades samt att deras svar inte gick att spåra. Studiedeltagarna valde själva om eller när de ville fylla i enkäten.

## Analys av data

För att bearbeta och analysera data användes statistikprogrammet Statistical Package for the Social Science (SPSS), version 29. Data överfördes från Sunet Survey till SPSS. Inga svarsalternativ exkluderades. Svarsalternativ gällande ålder och paritet grupperades och ändrades från kvotskala till ordinalskala. Medelvärde räknades ut för ålder. Flertalet frågor dikotomiserades enligt beskrivning, se bilaga 2. Jämförande och deskriptiv statistik tillämpades och för att analysera skillnader användes chi-två test (Polit & Beck, 2022). Fritextsvaren avseende önskan om kontinuitetsvård kategoriserades och delades in efter de som önskade och inte önskade kontinuitetsvård.

## Forskningsetiska avvägningar

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från verksamhetschef på vald kvinnoklinik. Rådgivande yttrande erhöles hos Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska fakulteten Lunds universitet. Information om frivilligt samt anonymt studiedeltagande gavs i informationsbrev och samtycke till deltagande lämnades vid val att besvara enkäten. I informationsbrevet framkom studiens syfte samt utformande och det innehöll även kontaktuppgifter till ansvariga för studien. I enlighet med forskningsetik säkerställdes studiedeltagarnas anonymitet och konfidentialitet (Carlson & Georgsson, 2021). I studien

beaktades de fyra etiska principerna, godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvis principen samt autonomiprincipen (Helsingforsdeklarationen, 2018). Autonomiprincipen uppfylldes genom det frivilliga valet till studiedeltagande. Godhetsprincipen samt principen att inte skada beaktades genom studiens önskan om förbättring för de gravida och födande kvinnorna och slutligen kan rättvis principen anses tillgodosedd då studiens syfte ämnar belysa alla kvinnors rätt till upplevt välbefinnande under graviditet, förlossning och eftervård.

## Resultat

Totalt besvarade 124 kvinnor som fött barn i Lund och Malmö frågeformuläret. Alla respondenter inkluderades i resultatet trots att en del inte besvarade samtliga frågor i enkäten. Medelåldern var 34 år (19–45 år). De flesta hade högskoleutbildning, levde med en partner och hade svenska som modersmål. Kvinnorna hade fött mellan ett och tre barn och majoriteten av respondenterna var förstföderskor. Vanligaste förlossningssättet var vaginal förlossning. Andelen kvinnor som rapporterade att de upplevt förlossningsrädsla uppgick till 27%. Upplevt stöd från barnmorska under graviditet och förlossning uppmättes något högre jämfört med under eftervården. Andelen respondenter som upplevt amningsstöd från barnmorska under graviditet och eftervård var i majoritet. Totalt svarade 69% att de hade önskat kontinuitetsvård vid en eventuell kommande graviditet (se tabell 1).

**Tabell 1.** Bakgrundsfaktorer n=124

	n (%)
Ålder	
19-34år	70 (57,4)
35-45år	52 (42,6)
Utbildningsnivå	
Grundskola, gymnasium	15 (12,1)
Högskola, universitet	109 (87,9)
Svenska som modersmål	
Ja	104 (83,9)
Nej	20 (16,1)
Paritet	
Förstföderska	68 (55,7)
Omföderska	54 (44,3)

Civilstånd: Partner	
Ja	120 (96,8)
Nej	4 (3,2)
Upplevd förlossningsrädsla under graviditeten	
Ja	34 (27,4)
Nej	90 (72,6)
Förlossningssätt	
Vaginalt	87 (70,2)
Instrumentellt	11 (8,9)
Kejsarsnitt	26 (21)
Upplevt stöd av barnmorskan	
Under graviditet	116 (93,5)
Under förlossning	120 (96,8)
Under eftervården	108 (87,1)
Upplevt amningsstöd av barnmorska	
Under graviditet	99 (83,9)
Under eftervården	105 (89)
Önskan om kontinuitetsvård i kommande graviditet	
Ja	85 (68,5)
Nej	39 (31,5)

---

## Utbildningsnivå, paritet och partner

Av kvinnorna med högre utbildningsnivå önskade 71% kontinuitetsvård jämfört med de som angav en lägre utbildningsnivå (53%). Majoriteten av förstföderna önskade kontinuitetsvård. Hos de utan partner önskade hälften kontinuitetsvård medan samtliga av de vars partner inte närvarat under förlossningen önskade kontinuitetsvård.

## Stöd under graviditet, förlossning och eftervård

Majoriteten av de som födde med kejsarsnitt önskade kontinuitetsvård. Övervägande del av de som inte upplevt stöd från barnmorska under förlossningen samt de som inte varit delaktiga i val av förlossningsställning och/eller smärtlindring önskade kontinuitetsvård. Hos de som inte varit delaktiga i beslut om eftervård sågs även här en majoritet välja kontinuitetsvård.

Samtliga av de som gått hem direkt från förlossningsavdelningen och merparten av de som fått BB-hemvård önskade kontinuitetsvård. Av de som inte erhållit amningsstöd under graviditet och/eller eftervård uttrycktes i hög grad önskan om kontinuitetsvård. Majoriteten av de ammande mödrarna uppgav en önskan om kontinuitetsvård och bland de som inte ammade

önskade huvuddelen vårdformen. Inga statistiskt signifikanta skillnader framkom i de jämförande analyserna, se tabell 2.

**Tabell 2.** Skillnader i önskan om kontinuitetsvård

	Svarsalternativ	Totalt antal n=124 (%)	Önskar kontinuitetsvård n= 85 (%)	Önskar inte kontinuitetsvård n= 39 (%)	Signifikans (p= <0,05)
Ålder	19–34	70	48 (68,6)	22 (31,4)	0,94
	35–45	52	36 [69,2]	16 (30,8)	
Utbildningsnivå	Låg	15	8 (53,3)	7 (46,7)	0,18
	Hög	109	77 (70,6)	32 (29,4)	
Svenska som modersmål	Ja	104	70 (67,3)	34 (32,7)	0,49
	Nej	20	15 (75)	5 (25)	
Paritet	Förstföderska	68	51 (75)	17 (25)	0,1
	Omföderska	54	33 (61,1)	21 (38,9)	
Partner	Ja	120	83 (69,2)	37 (30,8)	NA
	Nej	4	2 (50)	2 (50)	
Förlossningsrädsla	Ja	34	25 (73,5)	9 (26,5)	0,46
	Nej	90	60 (66,7)	30 (33,3)	
Födelsesätt	Vaginalt	87	55 (63,2)	32 (36,8)	NA
	Instrumentellt	11	8 (72,7)	3 (27,3)	
	Kejsarsnitt	26	22 (84,6)	4 (15,4)	
Partnernärvaro	Ja	118	81 (68,6)	37 (31,4)	NA
	Nej	6	4 (66,7)	2 (33,3)	

Barnmorska tillräckligt närvarande på rummet	Ja	104	69 (66,3)	35 (33,7)	NA
	Nej	11	9 (81,8)	2 (18,2)	
	Minns ej	9	7 (77,8)	2 (22,2)	
Delaktig i val av smärtlindring	Ja	106	72 (67,9)	34 (32,1)	NA
	Nej	16	11 (68,8)	5 (31,3)	
	Vet ej	2	2 (100)	0 (0)	
Delaktig i val av förlossningsställning	Ja	81	54 (66,7)	27 (33,3)	NA
	Nej	31	23 (74,2)	8 (25,8)	
	Vet ej	12	8 (66,7)	4 (33,3)	
Delaktig i val av eftervård	Ja	52	32 (61,5)	20 (38,5)	0,16
	Nej	36	29 (80,6)	7 (19,4)	
	Nej, sjukhusvårdad	24	25 (66,7)	12 (33,3)	
Vårdform för eftervård	BB-hemma	12	10 (83,3)	2 (16,7)	NA
	BB-Familj	56	35 (62,5)	21 (37,5)	
	Sjukhusvård	52	36 (69,2)	16 (30,8)	
	Tidig hemgång	4	4 (100)	0 (0)	
Erfarenhet av stöd under graviditet	Ja	116	80 (69)	36 (31)	NA
	Nej	8	5 (62,5)	3 (37,5)	
Erfarenhet av stöd under förlossning	Ja	120	81 (67,5)	39 (32,5)	NA
	Nej	4	4 (100)	0 (0)	
Erfarenhet av stöd under eftervård	Ja	108	72 (66,7)	36 (33,3)	NA
	Nej	16	13 (81,3)	3 (18,8)	
Amningsstöd under graviditet	Ja	99	64 (64,6)	35 (35,4)	NA
	Nej	19	16 (84,2)	3 (15,8)	
Amningsstöd under eftervården	Ja	105	69 (65,8)	36 (34,3)	NA
	Nej	13	11 (84,6)	2 (15,4)	



Ammar	Ja	111	73 (65,8)	38 (34,2)	NA
	Nej	13	12 (92,3)	1 (7,7)	

---

Chitvå-test, NA-Not Applicable

## Kontinuitetsvård

Av de som svarade ja på frågan om kontinuitetsvård vid eventuell framtida graviditet uttryckte flertalet i rutan för fritext en önskan om ökad trygghet. Respondenterna uppgav även det faktum att barnmorskan skulle känna till dem och deras behov hade minskat deras oro. Hos dem som inte önskade kontinuitetsvård värdesattes de skilda perspektiv och kompetenser de hade mött inom mödravård, förlossning och eftervård. För en tredjedel av dem spelade det ingen roll. Totalt svarade 85 med kommentar i fritextrutan, se tabell 3.

**Tabell 3.** Kategoriserade kommentarer avseende önskemål eller ej om kontinuitetsvård

Kategori	Subkategori	Antal kommentarer (n)
Önskar kontinuitetsvård	Ökad trygghet	20
	Minskad rädsla/oro	6
	Slippa berätta flera gånger/kände till mina behov	18
	God relation/bra erfarenhet	11
Önskar ej kontinuitetsvård	Bra med olika perspektiv/kompetenser	14
	Bli fast med någon man inte tycker om	5
	Spelar ingen roll	12

---

## Diskussion

### Metoddiskussion

En tvärsnittsstudie utfördes för att observera gruppen nyförlösta mammor i Lund och Malmös erfarenheter av stöd under graviditet, förlossning och eftervård samt deras önskan om kontinuitetsvård. Enkäten riktade sig till kvinnor som fött barn de senaste tre månaderna. Data

insamlades under en specifik tidpunkt och i jämförande syfte enligt formen för tvärsnittsdesign (Polit & Beck, 2022). Datainsamlingen utfördes med hjälp av en webenkät.

En svaghet var att inklusionskriterierna kan anses för snäva vilket också påverkar generaliserbarheten av studiens resultat. Kvinnor boende i Skåne som fött barn det senaste året hade till exempel gett ett större men fortsatt relevant underlag. Hade enkäten lagts ut tidigare torde fler svar inkommit och mellanhändernas skilda engagemang i att dela ut enkäterna påverkade troligtvis även svarsfrekvensen. De flesta respondenter erhöll QR-kod till enkäten under tiden för eftervård vilket troligtvis innebär att de besvarade enkäten inom 1 vecka efter förlossning, vilket kan ha påverkat studiens resultat. Under senare del av datainsamlingen rekryterades deltagare även via sociala medier vilket kan ha medfört att kvinnor som inte uppfyllde inklusionskriterierna deltog i studien. Ett frågeformulär utformades med hjälp av det webbaserade nätverktyget Sunet Survey och frågorna var inte validerade eller testade för reliabilitet. Forskarna kan enligt Polit och Beck (2022) anses ha påverkat både frågor och svar. Å andra sidan var enkäten studiespecifik med frågor anpassade efter studien och dess syfte vilket således istället kan betraktas som en styrka. Innan publicering av webenkäten testades frågeformuläret på kollegor så kallad Face validity, vilket säkerställde att syftets frågeställningar kunde besvaras (Polit & Beck, 2022). En webbaserad enkät har en styrka i att en större mängd data under en kortare tid erhålls (Polit & Beck, 2022). Vem som helst kan dock besvara enkäten och deras sanningsenlighet kan inte kontrolleras. Studien genomfördes utan internt bortfall, d.v.s. samtliga av de respondenter som påbörjade enkäten slutförde den men en svaghet var att studiens slutdatum inte framgick. Komplet data erhöles således vilket stärker studiens tillförlitlighet samt validitet (Polit & Beck, 2017). Kvinnorna kunde själva välja när eller var de önskade besvara enkäten och deras anonymitet samt konfidentialitet säkerställdes. Enkäten var lätt att tillgå via QR-kod och forskningsetiska principer beaktades men en svaghet skulle kunna anses vara att den exkluderade de utan mobiltelefon med scanningsfunktion. QR-koden slutade att fungera av oklar anledning under enkätens andra vecka vilket kan ha lett till minskat antal respondenter. Respondenterna erhöles information om studien innan de påbörjade enkäten men det framgick inte att den berörde kontinuitetsvård vilket innebar att kvinnorna rekryterades till studien oavsett förförståelse och/eller intresse för ämnet. Det gav förutsättningar för ett bredare perspektiv samt ett mer objektivt resultat (Polit & Beck, 2022).

Analys utfördes med hjälp av statistikprogrammet SPSS. En styrka med användandet av programmet var att data inte överfördes manuellt vilket minskade risken för mänskliga misstag och torde resulterat i ett mer tillförlitligt resultat (Polit & Beck, 2022). Analys mellan grupperna utfördes med hjälp av chi-två test då det anses användbart vid jämförelse av andelar (Polit & Beck, 2022). Med en större population och mängd data hade möjligen signifikans kunnat påvisas. Vidare hade fler analysmetoder kunnat tillämpas såsom exempelvis logistisk regression för att kunna visa på samband och associationer. Den avslutande enkätfrågans fritextsvar avseende önskan om kontinuitetsvård kategoriserades systematiskt vilket kan stärka samt tydliggöra resultatet.

## Resultatdiskussion

### Kontinuitetsvård

Majoriteten av kvinnorna (69%) uttryckte en önskan om att följas inom en kontinuitetsvårdsmodell under en eventuell framtida graviditet. Hildingsson et al (2015) har i tidigare forskning visat att över hälften av Sveriges kvinnor hade önskat följas via kontinuitetsvård och australiensk forskning bekräftar att kvinnor hade föredragit en kontinuitetsmodell vid en eventuell framtida graviditet (Keedle et al., 2023). Hade barnmorskan inte varit tillräckligt närvarande under förlossningen uppgav över 80% av kvinnorna en önskan om kontinuitetsvård. Det skulle kunna tolkas som ett missnöje med den erhållna förlossningsvården. Kvinnor inom kontinuitetsvård skattar sin förlossning högre än de som följts via konventionell vård (Forster et al., 2016; Mortensen et al., 2019). Hos de kvinnor som fött utan närvaro av partner önskade samtliga kontinuitetsvård. Frånvaro av partner har associerats med en mer negativ förlossningsupplevelse medan närvaro av en känd barnmorska istället visats förstärka den födandes positiva erfarenheter av förlossningen (Hildingsson et al., 2021).

Bland de som födde barn med hjälp av kejsarsnitt uppgick andelen som önskade kontinuitetsvård till över 80%. Hos förlossningsrädda ses oftare önskan om planerade kejsarsnitt men vård inom en kontinuitetsform har setts minska antalet (Wassén et al., 2023; Sandall et al., 2024). Vårdformen ses vidare öka chansen för komplikationsfri vaginal

förlossning tillsammans med en mer positiv förlossningsupplevelse (Sandall, 2024). För de som tidigare fött barn med hjälp av kejsarsnitt och under nästkommande graviditet följs via en kontinuitetsmodell ökar dessutom möjligheten till en så kallad VBAC, Vaginal Birth After Caesarian (Zhang & Liu 2016; Keedle et al., 2020; Facchetti et al., 2024) framförallt tack vare den förtroendefulla relationen till barnmorskan och den känsla av empowerment och kontroll det ger kvinnorna (Foureur et al., 2017; Keedle et al., 2022). Över 80% av de kvinnor som själva inte varit delaktiga i val av eftervård önskade följas med kontinuitetsvård en eventuell kommande graviditet. Bland de som erhållit vårdformen BB-hemma uppgick även de till över 80% medan samtliga som gått direkt från förlossningsavdelningen angivit önskemål om kontinuitetsvård. Vårdformen BB-hemma kan tänkas upplevas liknande formen för kontinuitetsvård, d.v.s. respondenternas önskemål kan ha baserats på en positiv erfarenhet av kontinuerlig och personlig vård. De som fått komma tillbaka på mottagningsbesök för eftervård, vars erfarenhet skulle kunnat vara den motsatta kan således ha haft önskemål om kontinuitetsvård p.g.a. negativa erfarenheter av omhändertagandet under eftervården. I föreliggande studie sågs en tendens till minskat upplevt stöd under eftervårdstiden. Nyförlösta kvinnor beskriver en känslomässig skörhet under postpartumtiden där ett tillgängligt och kontinuerligt stöd från barnmorska i hemmet med tid för samtal om förlossningen samt möjlighet till amningsstöd förstärker deras känsla av välmående (Dahlberg et al., 2016). Uteblivet amningsstöd under eftervården sågs ge ökat önskemål om kontinuitetsvård då över 80% av dem som saknat det hade svarat jakande på frågan om att följas av samma barnmorska. Bland dem som inte ammade önskade över 90% följas via en sådan modell. Hade dessa kvinnor egentligen haft en önskan om att amma kan den stress skilda amningsråd från olika vårdpersonal under den första sårbara eftervårdstiden tänkas ha haft negativ inverkan på deras amning. Det är sedan tidigare känt att kvinnor som följs via kontinuitetsvård i högre grad ammar sina barn (Mortensen et al., 2019; Springall et al., 2023).

Det faktum att SUS Malmö nu inför projektet Min barnmorska torde följaktligen leda till att det blir en eftertraktad modell för de kvinnor som har möjlighet att inkluderas. Föreliggande studies resultat visar dock att fler kvinnor än de med förlossningsrädsla och/eller annat modersmål än svenska eller engelska hade önskat vårdformen.

## Ökad trygghet och empowerment

I fritextsvaren angav kvinnorna framförallt att den etablerade och kontinuerliga relationen med barnmorskan skulle kunna leda till ökad trygghet samt en minskad oro för dem. Kontinuitetsmodeller har visats ge ökad trygghet hos de gravida (Hildingsson et al., 2015; Hildingsson et al., 2019; Sandall et al., 2024). Att följas av en för kvinnan känd barnmorska leder dessutom oftare till en positiv förlossningsupplevelse (Hildingsson et al., 2021). Flera respondenter uppgav i fritext möjligheten att slippa behöva återberätta sina känslor samt medicinska historik under graviditeten som en stor fördel om de hade följts av en och samma barnmorska även genom förlossning och eftervård. Kvinnorna upplever vården som personlig och trygg då barnmorskan känner till dem och deras specifika känslor och erfarenheter vilket minskar behovet av att återkommande behöva repetera sig (Jepsen et al., 2017). En tillitsfull och fortlöpande relation med barnmorska stärker den gravidas empowerment och relationen har även visats minska risken för medicinska komplikationer vid förlossningen (Beake et al., 2013; Hildingsson et al., 2015; Sandall et al., 2016; Perriman et al., 2018; Sandall et al., 2024). Samtliga av de som inte upplevt stöd från barnmorska under förlossningen uttryckte en önskan om kontinuitetsvård vid en eventuell framtida graviditet. Kvinnor som vårdats inom kontinuitetsvård beskriver sig som tryggare samt uttrycker oftare en mer positiv förlossningsupplevelse (Forster et al., 2016; Mortensen et al., 2019; Larsson et al., 2019; Liu et al., 2021). Känsla av empowerment återfinns oftare hos kvinnor vårdade inom kontinuitetsformen (Larsson et al., 2020; Poggianella et al., 2023; Janke et al., 2024) vilket även har setts påverka dem i deras föräldraroll efteråt (Shahinfar et al., 2021). Avseende erfarenhet av stöd från barnmorska under graviditet sågs ingen skillnad i önskan om kontinuitetsvård medan de med uteblivet amningsstöd under graviditet med samtidig önskan om kontinuitetsvård uppgick till över 80%. Det amningsstöd gravida erhåller idag via sin mödravård tenderar att skifta i kvalitet och påverkas av barnmorskans egna engagemang och intresse för området. Amningsutbildning under graviditet har dock visats korrelera med både ett högre antal ammande mödrar samt en längre amningsperiod (Kehinde et al., 2023).

## Minskad oro och rädsla

En fjärdedel av kvinnorna uppgav förlossningsrädsla vilket överensstämmer med SFOG's (2017) beräkningar. Hos tre fjärdedelar av de förlossningsrädda samt över hälften av förstföderna i föreliggande studie uppgavs en önskan om kontinuitetsvård vilket är i linje

med tidigare forskning (Hildingsson et al., 2015). I fritextsvaren framkom minskad oro och rädsla som en av anledningarna till önskan om kontinuitetsvård och vårdformen har setts minska rädslan inför förlossningen (Hildingsson et al., 2015; Hildingsson et al., 2019; Sandall et al., 2024). De förlossningsräddas särskilda behov av omhändertagande tillgodoses i högre grad inom en kontinuitetsmodell (Hildingsson et al., 2019; Wigert et al., 2020). Känsla av utsatthet och ensamhet under förlossning kan vara anledning till en traumatisk förlossningsupplevelse men tryggheten i att följas av en för dem känd barnmorska genom graviditet och förlossning har visats verka läkande (Simpson & Catling, 2016). Då dagens förlossningsvård inte alltid har möjlighet att tillämpa en barnmorska per födande kan det resultera i att den födande lämnas ensam i större utsträckning vilket skulle kunna leda till en ökad känsla av utsatthet. Förlossningsrädda kvinnor beskriver sin rädsla som existentiell då förlossningen ses som en oundviklig händelse utom deras kontroll (Wigert et al., 2020). Sekundär förlossningsrädsla föranleds ofta av en traumatisk första förlossning (SFOG, 2017) vilket torde kunnat undvikas med hjälp av en kontinuerlig vårdform. Socialstyrelsen (2024) pekar nu särskilt på vikten av att utveckla kontinuitet inom graviditet, förlossning och eftervård då man idag bland annat ser brister i omhändertagandet av exempelvis förlossningsrädda kvinnor.

Barnmorsketeorin MiMos tre sammanflätade teman *ömsesidig relation*, *förlossningsfrämjande miljö* och *grundad kunskap* (Olafsdóttir et al., 2022) återfinns inom kontinuitetsvård med barnmorska. Kvinnor som vårdats inom modellen uppger hur just den ömsesidiga relationen med barnmorskan stärker dem ((Larsson et al., 2020; Poggianella et al., 2023; Janke et al., 2024). Barnmorskans professionella och känslomässiga tillgänglighet uppmuntrar till ett unikt omhändertagande om den gravida och födande kvinnan. Den etablerade relationen med barnmorskan främjar en tillitsfull miljö som stärker kvinnans känsla av kontroll och välmående under förlossningen samt under den sårbara eftervårdstiden (Lida et al., 2021). Den existentiella utsattheten som den gravida många gånger upplever kräver ett särskilt omhändertagande där barnmorskan bör stötta hennes känslor av begripbarhet, hanterbarhet samt meningsfullhet, d.v.s. hennes känslor av KASAM (Voogand et al., 2020). Kan barnmorskan inom kontinuitetsvårdsmodellen lättare lyckas stärka den gravida kvinnan till KASAM och således kanske även minska eventuell förlossningsrädsla?

## **Konklusion och implikationer**

Flertalet kvinnor i Lund och Malmö hade enligt föreliggande studie önskat vårdas inom en kontinuitetsvårdmodell vid en eventuell framtida graviditet. Studien var för liten för att kunna identifiera skillnader mellan kvinnornas bakgrundsfaktorer. Från fritextsvaren framgick att kvinnorna föreställde sig att den kontinuerliga kontakten med barnmorskan under graviditet, förlossning och eftervård skulle öka deras känsla av trygghet samt minska eventuell oro. Framtida forskning får visa stöd för om kontinuitetsmodellen ska införas som en möjlig vårdform för alla Lunds och Malmös gravida kvinnor.

## Referenser

- Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine* (1982), 36(6), 725–733.
- Beake, S., Acosta, L., Cooke, P., & McCourt, C. (2013). Caseload midwifery in a multi-ethnic community: the women's experiences. *Midwifery*, 29(8), 996–1002.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.003>
- Blixt, I., Johansson, M., Hildingsson, I., Papoutsi, Z., & Rubertsson, C. (2019). Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. *International breastfeeding journal*, 14, 51.  
<https://doi.org/10.1186/s13006-019-0247-4>
- Carlsson, T., Georgsson, S (2021). Forskningsetik. I M Oscarsson & S Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor*. Studentlitteratur.
- Cato, K & Palmér, L (2021) *Barnet efter födelsen och amning*. I Ajne, G., Blomberg, M. & Carlsson, Y. (red.). *Obstetrik*. (3. Uppl.). Studentlitteratur.
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62. [10.1016/j.midw.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003)
- Facchetti, G., Teo, Z., Sharma, M., & Budden, A. (2024). Continuity obstetric care demonstrates greater vaginal birth after caesarean success. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 10. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1111/ajo.13790>
- 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 randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
- Foureur, M., Turkmani, S., Clack, D. C., Davis, D. L., Mollart, L., Leiser, B., & Homer, C. S. (2017). Caring for women wanting a vaginal birth after previous caesarean section: A qualitative study of the experiences of midwives and obstetricians. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), 3–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.011>



Folkhälsomyndigheten. (2022) *En jämlik och hälsofrämjande sjukvård och alla*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/#sjukvard>

Gallagher, L., Brady, V., Kuliukas, L., Dykes, C., Rubertsson, C., & Hauck, Y. L. (2023). Australian, Irish, and Swedish women's comfort levels when breastfeeding in public. *BMC public health*, 23(1), 2535. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17472-z>

Graviditetsregistret (2022) *Resultat Graviditetsenkät 3*  
<https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsenka%CC%88t%203.pdf>

Hauck, Y. L., Blixt, I., Hildingsson, I., Gallagher, L., Rubertsson, C., Thomson, B., & Lewis, L. (2016). Australian, Irish, and Swedish women's perceptions of what assisted them to breastfeed for six months: exploratory design using critical incident technique. *BMC public health*, 16(1), 1067. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3740-3>

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

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: JOGNN*, 40(5), 532–543. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x>

Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2015). Swedish women's interest in models of midwifery care—Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.002>

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 50–55.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.006>

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>

Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), e255–e261.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>

*Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Iida, M., Horiuchi, S., & Nagamori, K. (2021). Women's experience of receiving team-midwifery care in Japan: A qualitative descriptive study. *Women and Birth*, 34(5), 493-499. [10.1016/j.wombi.2020.09.020](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.020)

Janke, T. M., Makarova, N., Schmittinger, J., Agricola, C. J., Ebinghaus, M., Blome, C., & Zyriax, B. C. (2024). Women's needs and expectations in midwifery care - Results from the qualitative MiCa (midwifery care) study. Part 1: Preconception and pregnancy. *Heliyon*, 10(4), e25862. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25862>

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>

Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2022). From coercion to respectful care: women's interactions with health care providers when planning a VBAC. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04407-6>

Keedle, H., Lockwood R., Keedle W., Susic D. & G. Dahlen H. (2023) What women want if they were to have another baby: the Australian Birth Experience Study (BEST) cross-sectional national survey. *BMJ open* 13, no. 9. [10.1136/bmjopen-2023-071582](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071582)

Kehinde, J., O'Donnell, C., & Grealish, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 118. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103579>

Kylberg, E., Westlund, A. M. & Zwedberg, S. (2018). *Amning idag*. (3 uppl.). Gothia Fortbildning.

Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(1), e88–e94. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>

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, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100504>

Leeming, D., Williamson, I., Johnson, S., & Lyttle, S. (2015). Making use of expertise: a qualitative analysis of the experience of breastfeeding support for first-time mothers. *Maternal & child nutrition*, 11(4), 687–702. <https://doi.org/10.1111/mcn.12033>

Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03638-3>

Lundgren, I., Blix, E., Gottfredsdóttir, H., Wikberg, A. & Aagaard Nøhr, E. (red.) (2022). *Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view*. (1 uppl.). Studentlitteratur.

Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2020). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 33(1), 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.004>

Lundgren I & Berg M (2022). Den professionella barnmorskan. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.) *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. The Cochrane database of systematic Meteor, 2015. *Midwifery Caseload*. <https://meteor.aihw.gov.au/content/562448>

Mortensen, B., Diep, L. M., Lukasse, M., Lieng, M., Dwekat, I., Elias, D., & Fosse, E. (2019). Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030324>

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>

Poggianella, S., Ambrosi, E., & Mortari, L. (2023). Women's experience of continuity of midwifery care in North-Eastern Italy: A qualitative study. *European journal of midwifery*, 7, 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/159358>

Polit, D., & Beck, C (2017). Data collection in quantitative research. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Research*. (10. Uppl.). Wolters Kluwer.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (10 uppl.). A: Wolters Kluwer.

Pålsson P., Ekstrand Ragnar M., (2022) *Mödrahälsovården*. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.) *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

Region Skåne (2021) *Regional riktlinje för arbete med förlossningsrädsla-identifiering och vägledning*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/regional-riktlinje-forlossningsradsla.pdf>

Region Skåne (2022). *Basprogrammet*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/basprogram-for-graviditet-och-eftervard--tabell.pdf>

Region Skåne (2024) *Regional riktlinje för arbete med förlossningsrädsla, Identifiering-Kartläggning-Stöd och psykologisk behandling*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/regional-riktlinje-forlossningsradsla.pdf>

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(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Sandall, J., Turienzo, C. F., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>

Shahinfar, S., Abedi, P., Najafian, M., Abbaspoor, Z., Mohammadi, E., & Alianmoghaddam, N. (2021). Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03666-z>

SBU (2021) *Kontinuitet i vården*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/kontinuitet-i-varden/?pub=68109&lang=sv>

SFOG (2017). *Förlossningsrädsla*. [https://www.sfog.se/natupplaga/1005623\\_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf?fbclid=IwAR1rCx3Vgnsvr9VqXn9fWNUWjndvPqWbfgg8WCbqd9oW1zKEsXkrx5p114Y](https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf?fbclid=IwAR1rCx3Vgnsvr9VqXn9fWNUWjndvPqWbfgg8WCbqd9oW1zKEsXkrx5p114Y)

Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>

Socialstyrelsen (14 december, 2022) *Graviditet, förlossning och tiden efter-Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå*.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/forlossningsvard/>

Socialstyrelsen (februari, 2024) *Förslag till nationell plan: Graviditet, förlossning och eftervård*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-1-8929.pdf>

Springall, T., Forster, D. A., McLachlan, H. L., McCalman, P., & Shafiei, T. (2023). Rates of breast feeding and associated factors for First Nations infants in a hospital with a culturally specific caseload midwifery model in Victoria, Australia: a cohort study. *BMJ open*, 13(1), e066978. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066978>

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

Svenska barnmorskeförbundet (2021) *Den internationella etiska koden*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Taubman-Ben-Ari, O., Chasson, M., Horowitz, E., Azuri, J., & Davidi, O. (2022). Personal growth in early pregnancy: the role of perceived stress and emotion regulation. *Journal of reproductive and infant psychology*, 40(6), 550–562. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1925096>

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445–450. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>

Voogand, M., Alehagen, S., & Salomonsson, B. (2020). The relationship between fear of childbirth and sense of coherence in women expecting their first child. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100555>

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., & Pajalic, Z. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth: A systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. (2019). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). [10.1186/s12884-019-2365-9](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9)

Wassén, L., Borgström -Bolmsjö, B., Frantz, S., Hagman, A., Lindroth, M., Rubertsson, C., Strandell, A., Svanberg, T., Wessberg, A., & Wallerstedt, S. M. (2023). Child and maternal benefits and risks of caseload midwifery - a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 663. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05967-x>

WHO. (2023a) *Maternal health*. [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1)

WHO. (2023b) Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a meta synthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

Zhang, T., & Liu, C. (2016). Comparison between continuing midwifery care and standard maternity care in vaginal birth after cesarean. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(3), 711–714. <https://doi.org/10.12669/pjms.323.9546>

## Arbetsfördelning

Arbetet med föreliggande studie utfördes gemensamt av författarna. Samtliga analyser utfördes av båda författarna tillsammans. Samtliga delar i studien har skrivits av båda författarna, vilka tar lika stort ansvar för studien.

### Enkät

1. Ange din ålder:
  
2. Vilken är din högsta utbildningsnivå?
  - Grundskola
  - Gymnasium
  - Högskola/universitet
3. Har du svenska som modersmål?
  - Ja
  - Nej
4. Hur många barn har du fött? ---
5. Har du en partner?
  - Ja
  - Nej
6. Fick du frågor angående förlossningsrädsla av din barnmorska på mödrahälsovården?
  - Ja
  - Nej
  - Minns ej
7. Upplevde du förlossningsrädsla under din graviditet?
  - Ja
  - Nej
8. Om ja, remitterades du vidare till personal specialiserad på förlossningsrädsla?
  - Ja
  - Nej
  - Kände ingen förlossningsrädsla
9. Om ja, anser du att din förlossningsrädsla minskade av den hjälp du fick?
  - Ja
  - Nej
  - Kände ingen förlossningsrädsla

10. Födde du på den kliniken du önskade?
- Ja
  - Nej
11. Hur födde du ditt barn? Kryssa i det alternativ som överensstämmer bäst
- Vaginalt
  - Vaginalt med sugklocka eller tång
  - Planerat kejsarsnitt
  - Akut kejsarsnitt
12. Var din partner närvarande vid din förlossning?
- Ja
  - Nej
  - Har ingen partner
13. Var din barnmorska närvarande på rummet så mycket som du önskade under förlossningen?
- Ja
  - Nej
  - Vet ej
14. Var du delaktig i val av eventuell smärtlindring under förlossningen?
- Ja
  - Nej
  - Vet ej
15. Var du delaktig i beslut om förlossningsställning?
- Ja
  - Nej
  - Vet ej
16. Blev du tillfrågad angående val av vårdform för eftervård?
- Ja
  - Nej
  - Nej, jag eller mitt barn behövde sjukhusvård.
17. Vilken vårdform fick du efter förlossningen?
- BB-hemma
  - BB-familj/patienthotellet



- Sjukhusvård
- Hemgång från förlossningsavdelning med återbesök på mottagning

18. Följande frågor handlar om hur du upplevde din graviditet, förlossning och eftervård:

- a. Upplevde stöd från barnmorska/barnmorskorna under graviditeten (Inte alls, Till viss del, I hög grad)
- b. Upplevde stöd från barnmorska/barnmorskorna under förlossningen (Inte alls, Till viss del, I hög grad)
- c. Upplevde stöd från barnmorska/barnmorskorna under eftervården (Inte alls, Till viss del, I hög grad)

19. Ammar du ditt barn?

- Ja, jag helammar
- Ja, jag delammar
- Nej jag ammar inte

20. Följande frågor berör eventuellt amningsstöd:

- a. Jag fick det amningsstöd jag önskade under graviditeten (Inte alls, Till viss del, I hög grad)
- b. Jag fick det amningsstöd jag önskade under eftervården (Inte alls, Till viss del, I hög grad)

21. Hade du velat följas inom en kontinuitetsvårdmodell, det vill säga en och samma barnmorska följer dig under graviditet, förlossning och eftervård i en eventuell kommande graviditet?

- Ja
- Nej

Beskriv gärna varför (Plats för fritext)

## Bilaga 2 (2)

### Dikotomisering av variabler

	Svarsalternativ	Dikotomisering
Ålder		Låg ålder 19–34 Hög ålder 35–45
Utbildningsnivå	<i>Grundskola, gymnasium</i> <i>Högskola, universitet</i>	<i>Låg utbildningsnivå</i> <i>Hög utbildningsnivå</i>
Paritet	<i>1 barn</i> <i>2–3 barn</i>	<i>Förstföderska</i> <i>Omföderska</i>
Upplevde stöd från barnmorskan/barnmorskorna under graviditeten	<i>Inte alls</i> <i>Till viss del, i hög grad</i>	<i>Nej</i> <i>Ja</i>
Upplevde stöd från barnmorskan/barnmorskorna under förlossningen	<i>Inte alls</i> <i>Till viss del, i hög grad</i>	<i>Nej</i> <i>Ja</i>
Upplevde stöd från barnmorskan/barnmorskorna under eftervården	<i>Inte all</i> <i>Till viss del, i hög grad</i>	<i>Nej</i> <i>Ja</i>
Ammar du sitt barn	<i>Ja-jag helammar, ja-jag delammar</i> <i>Nej-jag ammar inte</i>	<i>Ja</i> <i>Nej</i>
Jag fick det amningsstöd jag önskade under graviditeten	<i>Inte alla</i> <i>Till viss del, i hög grad</i>	<i>Nej</i> <i>Ja</i>
Jag fick det amningsstöd jag önskade under eftervården	<i>Inte alla</i> <i>Till viss del, i hög grad</i>	<i>Nej</i> <i>Ja</i>