



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatexamen

Kvinnors upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård. Från tidig graviditet till nybliven förälder - en Litteraturstudie

Women's experiences of continuous midwifery-led care. From early pregnancy to being a new parent - A Literature review

Författare: Johanna Blomgren
Handledare: Mari-Cristin Malm
Examinator: Jan Florin
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurskod: VÅ2017
Poäng: 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2017-05-29

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Kontinuerlig barnmorskeledd vård är ett begrepp som bygger på antagandet att kvinnor som vårdas av en och samma barnmorska under graviditet, förlossning- och postpartumvård känner sig delaktig i vården och upplever en känsla av tillfredsställelse och personlig kontroll.

Syfte: Syftet var att beskriva kunskapsläget kring kvinnors upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård, från tidig graviditet till nybliven förälder.

Metod Litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats som sökts via CINAHL och PubMed.

Resultat: Vårdmodellen med kontinuerlig barnmorskeledd vård bidrog till att kvinnor upplevde en delaktighet i vården genom att de tog aktiva beslut angående sin vård. De upplevde en ökad självförtroende vilket gjorde att de var väl förberedda inför förlossningen och kände en känsla av egenmakt. Det var viktigt för kvinnorna att ha en god relation till barnmorskan, få tydlig information och att de gavs tid att beskriva sina önskemål inför förlossningen. Kvinnorna upplevde vården som respektfull, tillgänglig, känslomässigt stöttande samt säker och kompetent.

Slutsats: Kontinuerlig barnmorskeledd vård under mödravård, förlossning och postpartumperioden kan stärka kvinnans känsla av delaktighet i vården, påverka relationen mellan kvinnan och barnmorskan på ett positivt sätt samt stärka kvinnans självförtroende inför födandet.

Nyckelord: Förlossning, graviditet, kontinuerlig barnmorskeledd vård, postpartum, upplevelse

ABSTRACT

Background: Continuous midwifery-led care is a concept based on the assumption that women who receive care the same midwife during pregnancy, childbirth and postpartum care will take an active part in their own care and feel a strong sense of satisfaction and personal control.

Aim: To describe the knowledge of women's experiences of continuous midwifery-led care, from early pregnancy to being a new parent.

Method: A literature review was conducted with 12 articles searched through Cinahl och Pubmed.

Results: Continuous midwife-led care contributed to women taking active decisions regarding their care, feeling a greater sense of self-esteem and experiences an increased confidence before childbirth. The study highlighted the importance of a good relationship, clear information and that they had time to describe their wishes before delivery. The women felt that the continuous midwifery-led care was respectful and accessible and gave them emotional support and where conducted in a safe and competent way.

Conclusion: Continuous midwifery-led care during maternity care, childbirth and postpartum periods can strengthen women's sense of participation in care, positively affect the relationship between the woman and midwife, and strengthen the woman's self-esteem before birth.

Keywords: Birth, continuous midwifery-led care, experience, pregnancy, postpartum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning.....	6
Bakgrund.....	6
Omvårdnad	6
Barnmorskans profession	6
Kontinuerlig vård.....	2
Kontinuerlig barnmorskeledd vård.....	2
Kontinuerlig barnmorskeledd vård internationellt	3
Kontinuerlig barnmorskeledd vård i Sverige.....	4
Medicinskt utfall och hälsoekonomi.....	5
Teoretiskt perspektiv	5
Problemformulering.....	6
Syfte.....	6
Frågeställningar	6
Metod	7
Design.....	7
Urval av litteratur.....	7
Värdering av artiklarnas kvalitet	8
Analys och tolkning av data	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	9
Kvinnors upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård under graviditeten.....	9
Kvinnors upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård i samband med förlossningen .	11
Kvinnors upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård postpartum	14
Diskussion	15

Sammanfattning av huvudresultaten	15
Resultatdiskussion	15
Delaktighet	15
Relationen	15
Självförtroende.....	16
Metoddiskussion.....	17
Etikdiskussion.....	18
Klinisk betydelse för samhället	18
Slutsats.....	19
Förslag till vidare forskning	19
Referenser.....	20
Bilagor.....	24
Bilaga 1	24
Bilaga 2.....	28

INLEDNING

I mitt arbete som kliniskt verksam barnmorska inom mödra- och förlossningsvård upplever jag en brist på valfrihet för kvinnorna inom kvinnosjukvården och vill därför undersöka en kontinuerlig barnmorskeledd vårdmodell närmare. Som barnmorska drivs jag av att erbjuda professionellt, individuellt utformad vård som sätter kvinnan och familjen i fokus.

BAKGRUND

Omvårdnad

Omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn med ett existentiellt filosofiskt synsätt där människan ses som aktiv och skapande samt en del i ett sammanhang (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Omvårdnadens mål är bland annat att främja patientens hälsa och välbefinnande och förebygga ohälsa. Inom omvårdnadsvetenskapen betraktas människan som unik och ska bemötas individuellt. Människan är en fri individ som har förmåga att göra val och ta ansvar. Sjuksköterskans ansvar är att uppvisa professionella värden genom att visa respekt, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. Personer som är i behov av omvårdnad kan till exempel behöva stöd, guidning och aktiv hjälp och detta ska ske utifrån ett gott bemötande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt 2:a § i Hälso- och sjukvårdslagen (2014:822) ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär särskilt att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Barnmorskans profession

Som sjuksköterska finns möjlighet att utbilda sig till barnmorska. Barnmorskans ansvarsområde omfattar kvinnors reproduktiva och perinatala hälsa. Barnmorskan ger hälsoupplýsning, rådgivning och vård till kvinnor under graviditet, förlossning och postpartumperioden. Postpartumperioden sträcker sig från barnets födelse och fram till 12 veckor efter förlossningen (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2016; World Health Organization [WHO], 2010). Barnmorskan är specialist på att möta den friska

gravida kvinnan och har ansvaret för att handlägga en normal förlossning och att vårda det nyfödda barnet. Barnmorskan ser graviditeten och förlossningen som något normalt till dess det finns bevis på eventuella problem. Övriga fall remitteras till förlossningsläkare (obstetriker) och då vårdas kvinnan av dessa två kompletterande professioner (SFOG, 2016).

Barnmorskans stöd och relationen mellan kvinnan och barnmorskan är en viktig del av den etiska kod för barnmorskor som *The International Confederation of Midwives* [ICM] utarbetat. Vården ska baseras på en ömsesidig relation, respekt, tillit och värdighet.

Barnmorskan skall vara lyhörd för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behoven som finns hos kvinnan. Graviditet och förlossning ses som en central del av livet och en god upplevelse under denna period är av vikt för kvinnans och barnets framtida välbefinnande. (ICM, 2014). Barnmorskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdmodell präglas av ett etiskt förhållningssätt. Arbetet ska även bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten ska visas respekt och omtanke samt ges omsorgsfull och sakkunnig hälso- och sjukvård. (SFOG, 2016)

Vården under graviditeten i Sverige ingår i en vårdkedja med mödrahälsovård (MHV), förlossningsvård, postpartumvård (BB) och barnhälsovård (BHV), där nära samverkan mellan aktörerna är väsentlig. Inom mödrahälsovården finns en strävan efter att en barnmorska har det huvudsakliga ansvaret för den gravida kvinnan. Förlossning och BB-vård sker på sjukhus. Barnhälsovården tar över ansvaret för barnet efter hemgång från sjukhuset och mamman uppmanas att komma på ett eftervårdsbesök till sin barnmorska sex-tolv veckor efter förlossningen (SFOG, 2016).

Kontinuerlig vård

Haggerty et al. (2003) beskriver att kontinuitet i vården skiljer sig från andra typer av vård genom två kärnelement; vård över tid och fokus på enskilda patienter. För patienter är upplevelsen av kontinuitet en uppfattning att vårdgivarna vet vad som hänt tidigare, att olika vårdgivare har kommit överens om en gemensam plan för vården och att en vårdgivare som känner dem tar hand om dem i framtiden.

Kontinuerlig barnmorskeledd vård

Kontinuerlig barnmorskeledd vård (midwifery Continuity of care) har definierats som vård där en barnmorska är den primära vårdgivaren i planerandet, organisationen och utförandet av vården till en kvinna, från första bokning till och med postpartum perioden (Homer, Davis, Cooke & Barclay, 2001; Homer, Brodie & Leap, 2008; Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2015). Det benämns även som vård av en barnmorska som kvinnan har mött tidigare och upplever att hon känner. Detta gör att det är kvinnans upplevelse som definierar om hon har haft en kontinuerlig barnmorskeledd vård eller inte. Vissa kvinnor upplever att de fått kontinuerlig vård när de har mött barnmorskan en gång tidigare och andra efter att ha mött barnmorskan ett annat antal gånger (Homer et al., 2008).

Synsättet bakom modeller för kontinuerlig barnmorskeledd vård är att bli vårdad av en välkänd, betrodd barnmorska under graviditet, förlossning och postpartumperioden. Tonvikten ligger på kvinnors naturliga förmåga att genomgå en graviditet och förlossning med minimala insatser. Kontinuerlig barnmorskeledd vård bygger på förutsättningen att graviditet och förlossning är normala livshändelser. I vårdmodellen ingår att övervaka det fysiska, psykiska, andliga och sociala välbefinnandet för kvinnan och familjen, att ge kvinnan individualiserad utbildning, rådgivning och mödravård. Att erbjuda kontinuerlig närvaro under förlossningen och stöd under postpartumperioden samt att identifiera och hänvisa kvinnor som kräver vård av en obstetriker (Sandall et al., 2015). De flesta exempel på kontinuerlig barnmorskeledd vård sker för kvinnor med lågrisk graviditeter och förväntade lågrisk förlossningar (Forster et al., 2016).

Kontinuerlig barnmorskeledd vård kan erbjudas genom så kallad ”team midwifery” eller ”caseload midwifery”. Skillnaden mellan ”caseload midwifery” och ”team midwifery” är antalet barnmorskor. ”Team midwifery” innebär att en grupp omfattande sex till tio barnmorskor tillsammans ansvarar för ett större antal gravida kvinnor (Homer et al., 2001; Homer et al., 2008). I ”Caseload midwifery” har en barnmorska huvudansvaret för tre till fyra kvinnor, per heltidsanställd barnmorska och månad. Barnmorskan har en eller två kollegor som hjälps åt vid ledighet eller om barnmorskan redan är upptagen med en annan förlossning. (Homer et al., 2008; Forster et al., 2016; Tracy et al., 2013). I båda modellerna bedrivs vården i ett tvärvetenskapligt nätverk där samråd sker med andra vårdgivare som till exempel obstetriker och psykologer (Sandall et al., 2015).

Kontinuerlig barnmorskeledd vård internationellt

Internationellt finns det stora variationer i hur vården kring barnafödande är organiserad. I Australien, Nya Zeeland, Nederländerna, Storbritannien och i Norge finns olika modeller av kontinuerlig barnmorskeledd vård (Homer et al, 2008; Tracy et al., 2013; Grigg, Tracy, Schmied & Kensington, 2015).

I Nya Zeeland kan kvinnan välja sin egna primära barnmorska som ger vård genom hela graviditeten, förlossningen och upp till sex veckor efter förlossningen. Barnmorskan fortsätter här oftast att vara primär vårdgivare även om komplikationer tillstöter som kräver en obstetriker (Grigg et al., 2015) medan det i Australien finns kontinuerlig barnmorskeledd vård att tillgå på 31 procent av sjukhusen. Ungefär åtta procent av kvinnorna var 2015 inskrivna för kontinuerlig vård i Australien och fler sjukhus vill antingen införa eller utöka sin kontinuerliga barnmorskeledda vård (Dawson, McLachlan, Newton & Forster, in press).

I Storbritannien har kontinuerlig barnmorskeledd vård funnits tillgänglig i nästan 20 år och det finns ett mål uppsatt att 75 procent av alla gravida kvinnor ska vårdas av en barnmorska som de har träffat sedan tidigare när de föder. Målet är inte nått men modellen finns på några sjukvårdsenheter i landet (Rayment-Jones, Murrells, Sandall, 2015). I Nederländerna kan barnmorskorna vårda kvinnor med normal graviditet och förlossning på den plats kvinnan själv väljer, det vill säga både hemma, på förlossningsavdelning eller på mindre barnmorskeledda kliniker. Om komplikationer tillstöter lämnar hon över vården till barnmorskor och läkare på sjukhuset (Wiegers, 2007)

I Norge liksom i Sverige är mödravården en del av primärvården medan specialistvården är ansvarig för förlossnings- och postpartumvård. En uppdelning mellan mödravård och förlossningsvård kan enligt Aune, Dahlberg, Backe & Haugan (2013) leda till en fragmenterad vård där kvinnan får träffa flera olika vårdgivare istället för en vård baserad på kontinuitet och förtroendegivande relationer.

Kontinuerlig barnmorskeledd vård i Sverige

I Sverige finns en tydlig organisatorisk uppdelning av barnmorskans arbetsuppgifter inom mödravård respektive förlossningsvård. Möjligheten att få kontinuerlig vård av samma barnmorska under graviditet, förlossning och postpartum är ytterst begränsad (SFOG, 2016). Det finns en lång tradition av barnmorskeledd mödravård där 99,9 procent av alla gravida kvinnor väljer att delta (Graviditetsregistret, 2015). Inom mödravården i Sverige finns en

strävan efter att kvinnan ska få träffa samma barnmorska under hela graviditeten och i studien av Hildingsson, Andersson & Christensson (2016) uppgav 95 procent av de tillfrågade gravida kvinnorna att detta var viktigt eller mycket viktigt. Författarna undersökte även andra aspekter kring svenska kvinnors önskemål av vården kring barnafödande. Det visade sig att ca 50 procent av de 758 tillfrågade kvinnorna uppgav ett intresse av kontinuerlig vård av samma barnmorska under alla delar av vården om en sådan vårdmodell hade varit tillgänglig. När kvinnorna tillfrågades i mitten av graviditeten angående vilken vårdmodell de önskade svarade 69,6 procent av kvinnorna under 25 år att de önskade kontinuerlig barnmorskeledd vård. Denna vårdmodell önskades även av 80 procent av kvinnorna som var ensamstående, 62,9 procent av förstföderskorna och 63,6 procent av kvinnorna med förlossningsrädsla (Hildingsson et al., 2016).

Medicinskt utfall och hälsoekonomi

Kontinuerlig barnmorskeledd vård var förknippad med flera fördelar för mödrar och barn, och hade inga identifierade biverkningar jämfört med modeller av medicinskt ledd vård och delad vård (Sandall et al., 2015). Flera studier tyder på förbättrat medicinskt utfall för kvinnor som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård. Till exempel en 14 procent minskad risk för instrumentell förlossning, 18 procent mindre risk att få ett klipp i mellangården och betydligt större chans till en spontan vaginal förlossning. Kvinnorna var mindre benägna att använda farmakologisk smärtlindring under förlossningen och fick även igång amningen i högre utsträckning samt upplevde att de hade mer kontroll under graviditet och förlossning. Ingen ökning har kunnat ses i antalet barn som varit i behov av neonatalvård. Inte heller av antal barn om fötts med låg Apgarpoäng, vilket innebär en bedömning och poängsättning av de fem variablerna hjärtfrekvens, andning, färg, muskeltonus och retbarhet vid födelsen (Sandall et al., 2015; Tracy et al., 2013; SFOG, 2016).

Vården har också visat sig vara kostnadseffektiv, delvis på grund av den minskade risken för interventioner och den förkortade vårdtiden på sjukhus (Tracy et al., 2013; Homer et al., 2008).

Teoretiskt perspektiv

Resultatet från denna studie kommer delvis att diskuteras utifrån Halldorsdottir & Karlsdottirs

(2011) teori om den goda barnmorskan. Kvalitén på barnmorskans omvårdnad spelar en nyckelroll i kvinnans upplevelse av barnafödande. Målet är lycka och välbefinnande hos den som vårdas och i teorin framkommer ett antal faktorer för att nå detta, bland annat den professionella omvårdnaden, barnmorskans professionella kompetens och kunnande, samt barnmorskans förmåga att skapa en god relation. Här betonas även vikten av att stärka banden till kvinnan och paret genom barnmorskans mellanmännsliga kompetens som understödjer gemensamma mål och relationer. Detta sker genom aktivt lyssnande och tydlig information. Barnmorskan skall även ha mod att våga ge av sig själv och sätta sig in i kvinnans och familjens liv för att kunna stärka och ge en god omvårdnad. Alla dessa punkter är viktiga för en barnmorska som arbetar med kontinuerlig vård att sträva efter.

Problemformulering

Sjuksköterskor och barnmorskor har en skyldighet att arbeta med personcentrerad vård och utifrån vetenskaplig evidens och därför är det angeläget att undersöka hur olika vårdmodeller uppfattas av vårddagarna. Barnafödandet är en central del av livet och upplevelsen påverkar kvinnan och barnets framtida välbefinnande och relation. I Sverige finns ytterst begränsad möjlighet att som gravid välja vårdmodell och därför är det betydelsefullt att undersöka vilken kunskap det finns inom området och hur kontinuerlig barnmorskeledd vård som vårdmodell upplevs av gravida kvinnor.

Syfte

Syftet var att beskriva kunskapsläget kring kvinnors upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård, från tidig graviditet till nybliven förälder.

Frågeställningar

Hur upplevs kontinuerlig barnmorskeledd vård under graviditet, förlossning och postpartumperioden?

METOD

Design

En beskrivande litteraturstudie, det vill säga en strukturerad sammanställning av redan befintlig forskning inom ett visst område (Friberg, 2012).

Urval av litteratur

En litteratursökning utfördes utifrån problemformulering och syfte. Detta avgjorde vilka artiklar som slutligen valdes. De använda databaserna för studien var CINAHL och PubMed. CINAHL är en databas med vetenskapliga tidskrifter och är specialiserad inom omvårdnadsforskningen. PubMed är databas med vetenskapliga tidskrifter inom medicin, omvårdnad och odontologi (Forsberg & Wengström, 2013). En avgränsning av studier genomfördes för att området inte skulle bli för omfattande (Friberg, 2012).

Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar, publicerade från 2000 fram till och med 2017. Artiklarna skulle innehålla kvalitativa och/eller kvantitativa studier kring kvinnors upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård. Artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade (Peer reviewed), originalartiklar och vara skrivna på engelska.

Exklusionskriterier var artiklar som beskrev barnmorskornas upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård och artiklar som beskrev det medicinska utfallet.

Sökorden midwife*, continuity, caseload, team midwife*, experience och women's experience valdes utifrån syftet. Dokumentation av sökprocessen skedde fortlöpande. Databas, sökord, begränsningar och antal träffar noterades. Sökorden och sökresultaten utvärderades och reviderades flera gånger under arbetets gång.

Tabell 1. Sökstrategi av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa abstrakt, antal lästa artiklar och antal utvalda artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat, n=
CINAHL	Continuity AND Midwife*	418	9	5	4
CINAHL	Caseload AND Midwife*	95	7	6	4
CINAHL	Caseload AND Midwife* AND Experience	26	4	3	2

CINAHL	Midwife* AND Team AND experience	103	3	3	2
CINAHL	Continuity of care AND Midwife* AND women's Experience	103	8	5	3
Pub Med	Midwife* AND Continuity of Care AND women's experience	62	14	10	6
Pub Med	Midwife* AND caseload	103	10	7	4

Som ett första steg bedömdes artiklarnas rubriker utifrån litteraturstudiens syfte. Artikelns abstrakt lästes om rubriken svarade mot syftet och om även abstrakt motsvarade litteraturstudiens syfte lästes artikeln i sin helhet. Sju artiklar valdes ut för fördjupad granskning, varpå dessa lästes igenom ytterligare en gång. Teman samt skillnader och likheter mellan artiklarna identifierades och material som hänvisade till syftet valdes ut till litteratursökningens resultatdel. Fem artiklar valdes ut genom "snöbollseffekten" vilket innebär att en litteratursökning genomfördes genom att titta på andra artiklars referenslistor (Forsberg & Wengström, 2013). Dessa artiklar granskades och bearbetades på samma sätt som de tidigare valda artiklarna. De artiklar som utgör resultatet presenteras i *Bilaga 1* för att få en överskådlig bild av respektive artikel (Friberg, 2012).

Värdering av artiklarnas kvalitet

För att bedöma artiklarnas kvalitet användes Willman, Stoltz & Bahtsvevani (2006) och Forsberg & Wengströms (2008) granskningsmall för kvalitetsbedömning (Bilaga 2). Artiklarna fick poäng efter hur hög kvalitet de höll. Varje fråga som besvaras med ett ja ger 1 poäng. Vidare räknas kvalitén på procent och klassas enligt följande intervall: Hög: 80–100 procent, medel: 70–79 procent och låg: 60–69 procent. Artiklar med medel eller hög kvalitet var ett krav för fortsatt granskning.

Analys och tolkning av data

För att få en helhetsförståelse av innehållet lästes artiklarna igenom i sin helhet eller delvis upprepade gånger. Som ett första steg lästes abstrakten och slutsatsen för att få en överblick över artiklarnas innehåll. Efter detta genomfördes en mer ingående läsning av artiklarna för att få en ökad förståelse. Meningar och fraser som innehöll information som var relevant valdes ut, så kallade meningsbärande enheter. En sammanställning utformades som stöd i analysarbetet. Skillnader och likheter urskildes och jämfördes och sammanfogades i

kategorier och senare i rubriker som på så sätt bildade resultatet (Forsberg & Wengström, 2013; Friberg, 2012).

Etiska överväganden

Urvalet gjordes utifrån studier som fått tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden hade gjorts. Etiskt godkännande kunde hittas i 12 av 12 artiklar. En strävan har varit att genomföra litteraturstudien utifrån ett objektiva förhållningssätt. Tolkningen av artiklarna har gjorts i ett försök att vara så neutralt som möjligt genom inte göra egna tolkningar eller utesluta resultat från artiklarna (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarna har översatts så exakt som möjligt för att inte förvränga innehållet. Översättningarna har omformulerats till författarens egna ord för att undvika plagiat (Codex, 2017).

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturstudie baseras på 12 vetenskapliga artiklar, 9 av de 12 artiklarna var av kvalitativ design.

Kvinnors upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård under graviditeten

Vårdmodeller som erbjuder kontinuerlig barnmorskeledd vård har visat sig positivt för kvinnors upplevelse av vården under graviditeten (Homer et al., 2002; Williams, Lago, Lainchbury & Eagar, 2010; Dahlberg & Aune, 2013). Genom relationen med barnmorskan utvecklade kvinnorna en förmåga att hantera svårigheter i vardagslivet, bli mer förberedda och mogna, kunna sätta gränser mot för höga krav och bibehålla sin självförtroende (Lyberg & Severinsson, 2010).

Kvinnorna som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård kände sig bättre informerade om vad som skedde under graviditeten och noterade att barnmorskan ansträngde sig för att förklara saker de inte förstod. De uppgav oftare att de tillfrågades om de hade några frågor, att deras bekymmer, oro eller funderingar togs på allvar och de tog oftare en aktiv del i beslut vid vården under graviditeten. De upplevde att de kunde diskutera hur vården skulle planeras framöver samt att barnmorskorna oftare var uppmuntrande, och inte lika ofta stressade (Forster et al., 2016; Waldenström, Brown, McLachlan, Forster & Brennecke, 2000).

I en randomiserad kontrollerad studie av Forster et al. (2016) var kvinnorna som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård mer än tre gånger så nöjda med den vården än kvinnorna i referensgruppen. Kvinnorna som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård under graviditeten upplevde att vården tillhandahölls på ett säkert och kompetent sätt. Kvinnorna var också nöjdare med det fysiska och känslomässiga stödet som de fått under graviditeten.

För omfödelskor gynnades känslan av trygghet bland annat av att under graviditeten få tid att berätta och återberätta sina tidigare födelsehistorier, att få möjlighet att diskutera dem under flera besök och få beskriva sina önskemål inför förlossningen (Dove & Muir-Cochrane, 2014). När kvinnorna under graviditeten beskrev hur viktigt det var för dem att känna barnmorskan som skulle närvara under förlossningen använde de ord som avslappande och att det gav dem en känsla av lugn (Leap, Sandall, Buckland & Huber, 2010).

Kvinnorna uppskattade kontinuiteten med sin barnmorska och att de inte behövde upprepa sin personliga bakgrund flera gånger. Om de behövde träffa en ny barnmorska önskade de en bättre kommunikation mellan barnmorskorna så att alla gav likvärdig vård och information (Baas et al., 2015). I Farquhar, Camilleri-Ferrante & Todds studie (2000) var kvinnorna som vårdades av barnmorsketeamet inte mer nöjda med vården eller relationen till barnmorskan än jämförelsegruppen. Problemet som framkom var att kvinnorna inte lika ofta fick träffa samma barnmorska under mödravårdsperioden som kvinnorna i kontrollgruppen. Det visade sig vara viktigare att få kontinuiteten i mödravården än att få träffa olika barnmorskor under mödravården och sedan eventuellt träffa en av dem vid förlossningen. I denna studie bestod barnmorsketeamet av sju barnmorskor, vilket kan ha försämrat kontinuiteten. De flesta som hade träffats sin förlösande barnmorska under graviditeten kände sig dock mer tillfreds.

I studien av Leap et al. (2010) beskrevs att grunden till en god relation redan startade vid det första besöket. Besöket hölls i kvinnornas hem, och varade vanligtvis ett par timmar. Kvinnor beskrev hur barnmorskorna engagerade sig i dem och deras frågor och bekymmer. De initierade diskussioner kring smärta, på ett sätt som inte förminskade dem. Kvinnorna beskrev en komplex uppsättning av samverkande faktorer som bidrog till att de kunde bygga en relation och ett förtroende. Kontinuiteten av barnmorskorna, kombinerat med att kvinnorna litade på råden de fick och barnmorskornas kompetens var viktiga faktorer. Det var också viktigt för deras självförtroende inför förlossningen att deras barnmorskor litade på att det senare skulle gå bra att föda och stärkte kvinnornas egna resurser och styrkor.

The midwives encouraged me a lot,

they talked to me a lot and made me feel that I was OK,
and I'm strong, and the baby is a happy baby.

Through the pregnancy they made me feel that pregnancy is
a good thing and interesting to them, you know?

So they made me feel. Everything about me is something that I can do

(Leap et al., 2010, s238)

Kvinnors upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård i samband med förlossningen

Kontinuitet visade sig främja en normal förlossning och göra att kvinnorna i högre utsträckning upplevde att förlossningen blev till en positiv erfarenhet (Leap et al., 2010).

Flera studier visar att vårdmodeller som erbjuder kontinuerlig barnmorskeledd vård förbättrade kvinnors upplevelse av vården under förlossningen (Homer et al., 2002; Williams et al., 2010). Den kontinuerliga vårdmodellen var associerad till att kvinnorna kände sig bättre förberedda inför förlossningen och att de hade en större självtillit kring sin förmåga att föda (Dahlberg & Aune, 2013). Om kvinnan träffat barnmorskan flera gånger innan förlossningen var hon nöjdare, detta gällde upp till 4 gånger, fler gånger verkade inte göra någon skillnad (Forster et al, 2016).

I studien av Forster et al (2016) var kvinnorna som fått kontinuerlig vård generellt dubbelt så nöjda med vården under förlossningen jämfört med kvinnorna i referensgruppen. Kvinnorna uppgav att de fick ta en aktiv del i beslut om vården under förlossningen, att deras behov av integritet möttes, att barnmorskorna var uppmuntrande, lugnande och känslomässigt stödjande och att vården tillhandahölls på ett säkert och kompetent sätt.

I en studie av Williams et al. (2010) upplevde kvinnorna att de blev behandlade med respekt och kände att de kunde ställa de frågor de ville. Några få tyckte att de hade för lite att säga till om kring olika beslut rörande förlossningen och att de hade velat veta mer om hur förlossningen gick framåt.

I studien av Leap et al. (2010) intervjuades kvinnor som fått kontinuerlig vård kring sin upplevelse av smärta vid förlossningen. Kvinnor upplevde att barnmorskorna som gav kontinuerlig vård, på ett positivt sätt understödde deras förmåga att klara av sin rädsla för smärta under förlossningen. Detta förtroende byggdes genom en trovärdig relation med

barnmorskan samt att de fick möjlighet att höra andra kvinnors historier under mödravårdsgrupperna. Dessa erfarenheter förbättrade kvinnornas förmåga att övervinna rädsla och självtvivel om att hantera smärta och ledde till känslor av stolthet, upprymdhet och egenmakt. Nivån på förtroendet som hade byggts upp under graviditeten påverkade hur kvinnor klarade smärta under förlossningen "I think it depends on knowing the midwives so well because they do make you feel quite at ease, because if you're scared and you haven't got anyone reassuring you, you're just panicking and it hurts a lot more" (Leap et al., 2010, s 239).

Kvinnorna i studien hade under graviditeten talat med sina barnmorskor angående smärtlindring och detta gjorde att barnmorskorna kunde pusha kvinnorna att klara sig längre utan smärtlindring under förlossningen. Kvinnorna beskrev sina barnmorskor som trygga med att arbeta med dem på detta sätt under förlossningen eftersom de hade diskuterat sina önskemål grundligt under graviditeten. Detta var kvinnorna tacksamma för efteråt och upplevde det som en god start på det nya livet som mamma. De kände sig stärkta av att ha klarat sig utan medicinsk smärtlindring (Leap et al., 2010).

Kvinnorna med förlossningsrädsla i Lyberg & Severinssons (2010) studie beskrev att den djupa relationen med barnmorskan ökade deras självkänsla och personliga utveckling. Kvinnorna var nöjda med att barnmorskorna var närvarande och tillgängliga under förlossningen. De uppskattade barnmorskornas professionalism som bland annat byggde på ett gott samarbete i barnmorsketeamet, deras närvaro och att de hade en lång erfarenhet av barnafödande.

I Nederländerna kan barnmorskorna vårda kvinnan med en normal graviditet och förlossning på det ställe kvinnan själv väljer det vill säga både hemma, på förlossningsavdelning eller på mindre barnmorskeledda kliniker. Om komplikationer tillstöter lämnar hon över vården till barnmorskor och läkare på sjukhuset. Jonge et al. (2014) utvärderade åsikterna hos de kvinnor som på grund av någon komplikation fått byta från den kontinuerliga vården till specialvården på sjukhuset under förlossningen. Det framkom att det var viktigt för kvinnorna att barnmorskan personligen överlämnade vården av kvinnan och stannade tills de kände sig trygga. Om barnmorskan kunde stanna kvar under hela förlossningen var detta det bästa men kvinnorna förväntade sig inte det (Jonge et al., 2014).

I studien av Baas et al. (2015) fick kvinnorna svara på frågor om hur vården kring barnafödande kunde förbättras. De önskade bland annat mer kontinuitet genom mödravård-,

förlossning- och postpartumperioden samt en ökad personlig relation. Under förlossningen önskade de att barnmorskan stannade och assisterade dem och att de stannade tills barnet var fött.

I studien av Waldenström et al. (2000) verkade inte den kontinuerliga vården påverka upplevelsen av att föda barn eller kvinnans emotionella välbefinnande 2 månader efter förlossningen. När kvinnorna såg tillbaka på sin förlossning sågs ingen statistisk signifikant skillnad på kvinnornas upplevelse av hur väl förberedda de kände sig inför förlossningen, smärtupplevelse, attityd till smärtan, friheten att uttrycka sina känslor, känslan av kontroll samt stödet av barnmorskan. 84 procent av kvinnorna skulle dock välja samma vård igen om de blev gravida, i kontrollgruppen uppgav 60 procent att de skulle välja samma slags vård igen.

I Dove & Muir-Cochranes artikel (2014) utvärderades kontinuerlig vård i relation till kvinnas upplevelse av trygghet och säkerhet bland annat under förlossningen. Förtroendet ökade med kontinuerlig barnmorskeledd vård och detta var viktigt för att barnmorskan skulle kunna förstå och göra en riskvärdering av den gravida kvinnan. Förtroende i relationen var viktigt för att kvinnorna skulle känna sig säkra. Kvinnorna i studien beskrev även en känsla av egenmakt som kom från relationen, vilket de sammankopplade med en känsla av att ha kontroll över sig själv och sin förlossning.

That's what the continuity is about isn't it?
So they get to know you and you don't have
to keep saying who you are and what you would like,
but also it means that they remember things so it's
really...important (Dove & Muir-Cochrane, 2014, s 1066)

Kvinnorna som fått kontinuerlig vård uppgav att de kände sig trygga, bekväma och avslappnade med barnmorskan ”...I was comfortable with her, she was comfortable me and I think that's the crucial thing in a birth, that you have to be comfortable” (Beake et al., 2013, s998).

Kvinnors upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård postpartum

Kvinnorna som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård rapporterade en högre tillfredsställelse med postpartumvården, de kände sig bättre informerade och upplevde att de fick ta en aktiv del i besluten angående sig själva och sina barn. De uppgav att barnmorskorna var känsliga, förstående, förtroendeingivande, uppmuntrande och känslomässigt stödjande. En majoritet av kvinnorna upplevde att barnmorskorna inte var stressade och att postpartumvården tillhandahölls på ett säkert och kompetent sätt (Forster et al., 2016; Waldenström et al., 2000).

Kvinnorna i studien av Forster et al. (2016) upplevde att de fick de råd de behövde kring amning, att ta hand om barnet och om sin egen hälsa och återhämtning efter förlossningen. I studien av Waldenström et al. (2000) sågs dock ingen skillnad kring dessa frågor i studiegruppen och referensgruppen. I båda grupper uppgav majoriteten att de fått det råd och stöd de behövde kring dessa frågor men många fler kvinnor var missnöjda med postpartumvården i båda grupperna än när de utfrågades om upplevelsen av den kontinuerliga vården vid mödravård och förlossningsvård.

Även i studierna av Homer et al. (2001) och Beake, ACosta, Cooke & McCourt (2013) fick postpartumvården från både studiegrupp och referensgrupp kritik. I båda grupperna upplevde kvinnorna att vården verkade underbemannad och att personalen var stressad. I studien av Homer et al. (2001) uppgav 17 procent av kvinnorna som fått kontinuerlig vård negativa omdömen om postpartumvården, 23 procent av kvinnorna som fått standardvård uppgav negativa omdömen. Båda grupper beskrev att de upplevt inkonsekventa råd och brister i stöd och uppföljning. Kvinnor som fått postpartumvård enligt den kontinuerliga modellen kände sig dock inte lika övergivna. "Although the level of care postnatally was given with care and professionalism, I did find advice and information given to be very inconsistent and opposing from midwife to midwife causing much confusion" (Homer et al., s 109).

I studien av Williams et al. (2010) skedde mycket av postpartumvården i hemmet och där fick den goda omdömen, 97,4 procent tyckte att detta stöd var väldigt bra eller suveränt.

Kvinnorna uppgav att relationen med barnmorskan var viktigt för deras välmående. De kvinnor som fått standardvård på sjukhuset var mindre nöjda, 36,8 procent uppgav att de fått förvirrande råd, 32,5 procent uppgav att de fått för lite vila och 20,9 procent att de fått för lite information.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kunskapsläget kring kvinnors upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård, från tidig graviditet till nybliven förälder. Resultatet visar att vårdmodellen med kontinuerlig barnmorskeledd vård bidrog till att kvinnor upplevde en delaktighet i vården genom att de tog aktiva beslut angående sin vård. De upplevde en ökad självtillit vilket gjorde att de var väl förberedda inför förlossningen och kände en känsla av egenmakt. Det var viktigt för kvinnorna med en god relation till barnmorskan, med tydlig information och att de fick tid att få beskriva sina önskemål inför förlossningen. Kvinnorna upplevde vården som respektfull, tillgänglig, känslomässigt stöttande samt säker och kompetent. Majoriteten av både kvinnor som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård och standardvård var nöjda med postpartumvården men kvinnor i båda grupperna upplevde även att de fått inkonsekventa råd och upplevde brister i stöd och uppföljning.

Resultatdiskussion

Delaktighet

Kvinnorna upplevde att de fick ta en aktiv del i beslut rörande vården kring sin graviditet om de erbjudits kontinuerlig barnmorskeledd vård. Delaktigheten innefattade att barnmorskorna tog deras funderingar och oro på allvar, att de tog sig tid att diskutera deras frågor och hur vården skulle planeras. I Halldorsdottir & Karlsdottirs teori (2011) framkommer vikten av att barnmorskan ska kunna använda sitt professionella kunnande inom sitt arbetsfält.

Barnmorskan ska kreativt kunna planera vården tillsammans med kvinnan och även söka annan hjälp vid behov (Halldorsdottir & Karlsdottirs, 2011). Kvinnorna som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård i denna studie uppskattade att de kunde planera långsiktigt med barnmorskan och att de fick beskriva sina önskemål tydligt och att de inte behövde upprepa sig. Detta framgår även av Haggerty et al. (2003) som beskriver att för att vården ska uppfattas som kontinuerlig är det viktigt för patienter och vårdgivare att komma överens om en gemensam plan för vården och på så sätt skapa delaktighet.

Relationen

Relationen mellan kvinnan och barnmorskan visade sig vara viktigt vid den kontinuerliga barnmorskeledda vården. En vårdande relation kan ge trygghet och för att en sjuksköterska

eller barnmorska ska kunna skapa en god relation till patienten är det viktigt att de visar ett genuint intresse, spenderar tid tillsammans, diskuterar med patienten och ger dem möjlighet till självbestämmande (Wiechula et al., 2015). Den professionella barnmorskan ska enligt Halldorsdottir & Karlsdottirs teori (2011) kunna skapa en god relation, ha social kompetens, kunna stärka kommunikationen och skapa ett positivt samarbete. Barnmorskans förmåga att skapa en god relation återkom i resultatets alla delar. Kvinnorna upplevde att de med hjälp av relationen till barnmorskan kunde hantera sin rädsla för förlossningssmärtan på ett positivt sätt, de var förberedda inför förlossningen, kunde behålla en känsla av egenmakt samt behålla sin självkänsla. Basen till en god relation mellan den gravida kvinnan och barnmorskan grundlades redan vid det första besöket hos barnmorskan i tidig graviditet.

Relationen påverkades om inte kvinnan och barnmorskan träffades vid så många tillfällen under graviditeten. Det framkom i studien av Farquhar, Camilleri-Ferrante & Todd (2000) att det viktigaste för vården under graviditeten var att få kontinuerlig vård av samma barnmorska. Patienterna tyckte att detta var viktigare än kontinuitet i hela förloppet, från inskrivning till eftervård. När vården organiseras verkar det därför vara viktigt att gruppen med barnmorskor inte är för stor så att den kontinuerliga vården under mödravården blir lidande.

Postpartumvården fick i flera studier sämre omdömen än den övriga vården både av de kvinnor som vårdats med kontinuerlig barnmorskeledd vård och de som vårdats enligt standardvården. Det verkade bero på olika faktorer som att det var svårt att bemanna postpartumvården på sjukhuset av en barnmorska från teamet, att vården delades mellan barnmorskor i teamet och barnmorskor som enbart jobbade på BB-avdelning, att postpartumvård inte prioriterades lika mycket av barnmorskorna och av personalbrist. Ett antagande kan vara att upplevelsen av trygghet som kom från den kontinuerliga relationen därmed blev lidande. De kvinnor som fick postpartumvård i hemmet var dock mycket nöjda med vården och relationen mellan kvinnan och barnmorskan (Homer et al, 2012; Williams et al, 2010).

Självförtroende

Kvinnorna som fått kontinuerlig barnmorskeledd vård upplevde en stark självförtroende inför förlossningen samt en känsla av egenmakt. Barnmorskorna understödde deras förmåga att hantera rädsla för smärta under förlossningen och den kontinuerliga relationen ledde till känslor av stolthet och upprymdhet. Omvårdnaden ska enligt Halldorsdottir & Karlsdottirs (2011) teori ges i den utsträckning den behövs, inte för mycket och inte för lite. Detta hjälper

till att stärka kvinnan och skapa självförtroende. Vården ska ges med empati, respekt och med odelad uppmärksamhet. I resultatet framkom att kvinnorna kände att deras oro eller funderingar togs på allvar, att de behandlades med respekt och fick ett gott känslomässigt stöd vilket understödde deras egna resurser och styrkor. Kvinnorna upplevde att den kontinuerliga barnmorskeledda vården ökade deras självförtroende och utveckling. Självförtroende inför förlossningen har visat sig vara en positiv dimension som interagerar med andra aspekter och bidrar till välbefinnande under graviditeten, en känsla av sammanhang och som därmed fungerar som en tillgång i samband med förlossning (Carlsson, et al. 2015).

Metoddiskussion

Resultatet i denna litteraturstudie baseras på 12 vetenskapliga artiklar inom ämnesområdet omvårdnad, majoriteten av artiklarna var av kvalitativ design. Anledningen till att en majoritet av artiklarna var kvalitativa var för att syftet var att undersöka kvinnornas upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård. Kvalitativ forskning ger i dessa fall mer ingående och utförlig information av kvinnors individuella upplevelser, erfarenheter, uppfattningar och handlingar (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2014). En annan anledning var att majoriteten av funna artiklar var av kvalitativ karaktär. Valet att inte inkludera fler kvantitativa artiklar kan ha bidragit till att viktigt material har fallit bort. Litteratursökningen har skett i databaserna Cinahl och Pub med. Dessa databaser gav en bred sökning med många artiklar vilket gav möjlighet att hitta och använda artiklar som belyste kvinnornas upplevelse av kontinuerlig barnmorskeledd vård. Sökstrategier och sökresultat dokumenterades noggrant vilket är en styrka i studien. Endast artiklar med hög kvalitet har använts som grund till resultat och detta stärker studien tillförlitlighet.

För att underlätta sökningen användes sökord systematisk och i olika kombinationer för att dels begränsa sökningarna men också för att kunna hitta artiklar som svarade på denna studies syfte (Friberg, 2012, SBU, 2014). Datareduktion har använts för att ta fram information som motsvarar syftet med studien och visst resultat kan ha missas vid dataanalysen. En svårighet under dataanalysen var att när artiklarnas resultat strukturerades i olika kategorier interrelaterades innehållet under de olika rubrikerna och detta kan framgå som att samma information återupprepas.

Den sociala miljön med kulturella, ekonomiska och sociala villkor kan variera och detta kan påverka studiens resultat. Därför har endast artiklar från höginkomstländer inkluderats med

motiveringen att värderingar och levnadsvillkor är mer liknande det svenska samhället där mödrahälsovård är högt prioriterat. Detta ansågs vara en styrka då studiens resultat har större överförbarhet (Forsberg & Wengström, 2008; SBU, 2014).

I studierna som ligger till grund för resultatet är kontinuerligt barnmorskeledd vård organiserad på olika sätt vilket kan ha påverkat resultatet. Antalet barnmorskor som ingick i gruppen som gav kontinuerlig vård i de olika studierna varierade mellan två och åtta barnmorskor. Det vill säga studier som undersökte kontinuerlig barnmorskeledd vård både enligt caseload modellen och enligt team midwifery modellen ingick i analysen och kan ha påverkat resultatet. Till en viss del kan det vara positivt att undersöka olika sätt att tillhandahålla kontinuerlig barnmorskeledd vård men det kan också innebära en svårighet när gruppstorleken varierar och risken som detta innebär genom att kvinnorna eventuellt upplever vården på skiftande sätt beroende på barnmorskegruppens storlek.

Etikdiskussion

Alla studier som använts i resultatet har godkänts av en etisk nämnd eller kommitté. Att delta i studierna har varit frivilligt och deltagarna har kunnat avbryta sitt deltagande när de har velat. Vidare är studiens alla inkluderade artiklar vetenskapligt granskade. Författaren har förhållit sig noggrann och objektiv vid granskning av artiklar och vid analys av resultatet. Brister i litteraturstudiens design, utförande och resultatredovisning kan bero på författarens bristande erfarenhet av att göra systematiska litteraturstudier. Inget resultat är fabricerat eller plagierat.

Klinisk betydelse för samhället

Vårdmodellen kan ge ökad trygghet och ökat stöd för gravida kvinnor när de får möjlighet att träffa samma barnmorska från tidig graviditet till nybliven förälder. Resultatet kan användas som inspiration i diskussion kring nya vårdformer för mödrahälsovård och förlossningsvård i Sverige. I enlighet med den grundsyn hälso- och sjukvården ska ha med patienten i fokus och med rätt till informerade val (Patientlagen 2014:821) kan resultatet användas som grund i kvalitetsförbättrande arbeten.

Slutsats

Kontinuerlig barnmorskeledd vård under mödravård, förlossning och postpartumperioden kan stärka kvinnans känsla av delaktighet i vården, påverka relationen mellan kvinnan och barnmorskan på ett positivt sätt samt stärka kvinnans självförtroende inför födandet.

Förslag till vidare forskning

I denna litteraturstudie har inte kvinnans partner eller anhörigas upplevelser av kontinuerlig barnmorskeledd vård behandlats. Vid en snabb litteratursökning på området verkar ämnet ej så utforskat och det vore därför av intresse att undersöka området närmare.

Det vore även intressant att undersöka hur den kontinuerliga barnmorskeledda vårdmodellen skulle fungera i ett svenskt perspektiv och vilka eventuella hälsoekonomiska konsekvenser det skulle innebära för samhället. Vidare vore det värdefullt att undersöka svenska barnmorskornas behov att få påverka hur vården ska utvecklas och organiseras för att kunna erbjuda professionellt och individuellt utformad vård som sätter kvinnan och familjen i fokus.

REFERENSER

Aune, I., Dahlberg, U., Backe, B., Haugan, G. (2013) Comparing standard maternity care with team midwifery care provided by student midwives – a pilot study Women’s experiences and clinical. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*: 33 (109). 14–19.

Baas, C., Jaap, H., Erwich, M. Wieggers, T., De Cock, P & Hutton, E. (2015). Women’s suggestions for improving midwifery care in the Netherlands. *Birth*: 42 (4). 369-378.

Beake, S., ACosta, L., Cooke, P & McCourt, C. (2013). Caseload midwifery in a multi-ethnic community: The women’s experiences. *Midwifery*: 29, 996–1002.

Doi: 10.1016/j.midw.2013.01.003

Carlsson, I-M., Ziegert, K., Nissen, E.(2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*: 31(10):1000-7. Doi: 10.1016/j.midw.2015.05.00515.05.005

Codex. (2017). *Regler och riktlinjer för forskning: Oredlighet i forskning*. Hämtad den 8:e Maj 2017 från: <http://codex.vr.se/etik6.shtml>

Dahlberg, U & Aune, I. (2013). The woman’s birth experience: The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*: 29, 407–415. Doi:

10.1016/j.midw.2012.09.006

- Dawson, K., McLachlan, H., Newton, M & Forster, D. (In press). Implementing caseload midwifery: Exploring the views of maternity managers in Australia: A national cross-sectional survey. *Women and Birth*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.010>
- Dove, S., Muir-Cochrane, E. (2014). Being safe practitioners and safe mothers: A critical ethnography of continuity of care midwifery in Australia. *Midwifery*: 30, 1063–1072 Doi: 10.1016/j.midw.2013.12.016
- Farquhar, M., Camilleri-Ferrante, C & Todd, C. (2000). Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme. *Midwifery*: 16, 35-37. Doi:10.1054/midw.1999.01898
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forster, D., McLachlan, H., 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), 1-13. Doi: 10.1186/s12884-016-0798-y
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Graviditetsregistret. (2015). *Årsrapport*. Stockholm: Graviditetsregistret. Från https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/årsrapport_2015_Graviditetsregistret_1.4_Webb.pdf
- Grigg, C., Tracy, S., Schmied, V. & Kensington, M. (2015). Women's birth place decision-making, the role of confidence: Part of the Evaluating Maternity Units study, New Zealand. *Midwifery*: 31, 597–605. Doi: 10.1016/j.midw.2015.02.006
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327:1219. Doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Halldorsdottir, S & Karlsdottir, S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*: 25, 806–817. Doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H & Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care – Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare: 7*, 27–32. Doi: 10.1016/j.srhc.2015.11.002

Homer, C., Davis, G., Cooke, M & Barclay, L. (2001). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery: 18*, 102-112. Doi:10.1054/midw.0298

Homer, C., Brodie, P., Leap, N. (2008). *Midwifery Continuity of Care: A practical Guide*. Chatswood: Elsevier Australia.

Hälso- och sjukvårdslagen (2014:822). Hämtad den 14:e Maj 2017 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

International Confederation of Midwives [ICM]. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Prag. Från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

Jonge, A., Stujit, R., Eijke, I & Westerman, M. (2014). Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? A qualitative interview study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth: 14* (103), 1-11.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S & Huber, U. (2010). Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *Journal of Midwifery & Women's Health: 55*(3), 232-242. Doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.001

Lyberg, A., Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care a follow-up study. *Journal of Nursing Management: 18*, 383–390. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x

Patientlagen (2014:821). Hämtad den 14:e Maj 2017 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Rayment-Jones, H., Murrells, T., Sandall, J. (2015). An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth

outcomes using routine data – A retrospective, observational study. *Midwifery* 31, 409–417. DOI: 10.1016/j.midw.2015.01.003

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A & Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 9. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4.

Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M & Gates, S. (2010) Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*: 255. Doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.002

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG]. (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa: 76*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening*. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Tracy, S., Hartz, D., Tracy, M., Allen, J., Forti, A., Hall, B., White, J., Lainchbury, A., Stapleton, H., Beckmann, M., Bisits, A., Homer, C., Foureur, M., Welsh, A & Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*: 382. 1723–32. Doi: dx.doi.org/10.1016/

Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D & Brennecke, S. (2000). Does team midwife Care Increase Satisfaction with Antenatal, Intrapartum and Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial. *Birth*: 27(3), 156-167

Wiechular, R., Conroy, T., Kitson, A.L., Marshall, R.J., Whitaker, N & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a

nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing* 72(4), 723–734. Doi: 10.1111/jan.12862

Wiegers, T. (2007). Workload of primary-care midwives . *Midwifery* 23, 425–432.

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

World Health Organization. (2010). *WHO technical consultation on postpartum and postnatal care*. Genève: WHO. Från

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70432/1/WHO_MPS_10.03_eng.pdf

BILAGOR

Bilaga 1

Tabell 2. Sammanställning av artiklar (n=12) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Baas, C., Jaap, H., Erwich, M., Wiegers, T., De Cock, P., Hutton, E. 2015 Nederländerna	Women's suggestions for Improving Midwifery Care in The Netherlands	To explore women's ideas and suggestions about maternity care within the still partly-midwife-led care model.	Kvalitativ Öppna frågor i ett formulär som analyserades med tematisk innehållsanalys.	n=3499	Ett övergripande tema som handlade om individuell vård framkom. Ytterligare 4 teman framkom varav ett handlade om kontinuerlig barnmorskeledd vård.	Hög 80%
Beake, S., ACosta, L., Cooke, P & McCourt, C. 2013 Storbritannien	Caseload midwifery in a multi-ethnic community: The women's experiences	To evaluate caseload midwifery in a relatively deprived and ethnically diverse inner-city area.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer	n=24	Kvinnor som fick kontinuerlig barnmorskeledd vård belyste den nära relationen som de hade med sin barnmorska. De hade lättare att diskutera sina problem.	Hög 87%
Dahlberg, U., Aune, I. 2013 Norge	The woman's birth experience: The effect of interpersonal relationships and continuity of care.	To examine how relational continuity through pregnancy and childbirth may influence the birth experience.	Kvalitativ Kvinnorna svarade på påståenden angående deras upplevelser av förlossningen efter att ha varit deltagit i ett pilotprojekt.	n=23	En ökad känsla av förtroende och en känsla av teamwork hos kvinnorna. Relationen var viktig.	Hög 88%
Dove, S., Muir-Cochrane, E.	Being safe practitioners and	To examining how midwives and women	Kvalitativ	n=8 barnmors	Barnmorskorna tog upp samtal kring risker.	Hög 92%

2013 Australien	safe mothers: A critical ethnography of continuity of care midwifery in Australia	within a continuity of care midwifery programme in Australia conceptualised childbirth risk and safety, and the influences of these conceptualisations on women's choices and midwives' practice.	Semi-strukturerade intervjuer och observationer av prenatala besök.	kor, en obstetrik er och 17 kvinnor.	Barnmorskorna var stöd i samtalet mellan kvinnan och den sjukhusbaserade personalen. De kunde påverka befintliga hierarkier och lättare sortera vilka risker som fanns. Förtroendet mellan kvinnan och barnmorskan gjorde detta möjligt.	
Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Farquhar, M., Camilleri-Ferrante, C & Todd, C. 2000 Storbritannien	Continuity of care in maternity services: women's views of one team-midwifery scheme	To describe the views of women using one team midwifery scheme and compare them with women using more traditional models of midwifery care.	Kvalitativ. Frågeformulär och intervjuer 3 grupper av kvinnor var med i undersökningen. Den första gruppen bestod av kvinnor som födde antingen hemma eller på Sjukhus A, och som fick sin vård av en av sju barnmorskor i ett team. Kontrollgrupperna bestod av kvinnor som fick sin mödravård och postpartumvård av kvinnor som arbetade i "the Community" och födde på sjukhuset A och B med hjälp av en barnmorska som enbart jobbade på sjukhuset,	n= 1482	Kvinnor som fick vård av barnmorsketeamet såg inga ökade fördelar i form av belåtenhet med olika former av vården. Kvinnorna som fick vård på det traditionella sättet var mest nöjda med mödravården. De angav flest antal namngivna barnmorskor som varit ansvariga för dem. Det vill säga i detta fall var kontinuiteten bättre i mödravården med den traditionella vårdmodellen. Detta visar att ju mindre teamet av barnmorskor är desto bättre.	Hög 96%
Forster, D., McLachlan, H., Davey, M-A., Biro, M., Farell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiel, T & Waldenström, U.	Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with	To evaluate the effect of caseload midwifery on women's satisfaction with care across the maternity continuum.	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie. Kvinnor med låg-risk för komplikationer randomiserades till	n=2314	Kvinnor som randomiserades till Caseloadvården var mer nöjda med mödravården, förlossningsvården och postpartumvården.	Hög 89%

Australien 2016	antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial		antingen caseload barnmorska eller standardvård.			
Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Homer, C., Davis, G., Cooke, M & Barclay, L. 2001 Australien	Women's experiences of continuity Of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia	To compare the experiences of women who received a new model of continuity of midwifery care with those who received standard hospital care during pregnancy, labour, birth and the postnatal period.	Kvantitativ Randomiserad, kontrollerad studie. Kvinnorna randomiserades antingen till den nya sortens vård (the St George Outresch Maternity Project: STOMP) som innebar kontinuerlig vård av två team med 6 barnmorskor i varje eller till standardvård. Kvinnorna fyllde i ett frågeformulär 8-10v efter förlossningen.	n=1089 kvinnor	Nästan 80 procent av kvinnor i STOMP-gruppen upplevde kontinuerlig vård. De upplevde en avsevärt högre känsla av kontroll under graviditet och födelse och upplevde en mer positiv förlossning jämfört med kvinnor som mötte en okänd barnmorska. Postpartumvård fick negativa kommentarer i båda grupperna.	Hög 89%
Jonge, A., Stujit, R., Eijke, I & Westerman, M. Nederländerna 2014	Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands	to explore in-depth the experiences of women who were referred during labour from primary to secondary care with regard to the different aspects of continuity of care.	Kvalitativ En intervjustudie genomfördes i Nederländerna bland kvinnor som vårdades i primärvården vid förlossningstarten och remitterades till sekundär vård innan barnet föddes.	n=27	Kontinuitet i vården var en mycket viktig fråga för kvinnor eftersom det bidrog till deras känsla av trygghet vid förlossningen. Viktiga detaljer överlämnades ibland inte mellan yrkesverksamma i primärvården och på sjukhuset. Vid överflyttning av vård från primärvård till sjukhus var det viktigt för kvinnorna att barnmorskan överlämnade vården personligen och stannade tills de kände sig trygga med sjukhusteamet.	Hög 92%

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S & Huber, U. Australien 2010	Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care	To explore women's experiences of pain in labour and relational continuity of care.	Kvalitativ. Analys av semistrukturerade inspelade djupintervjuer. Författarna använde sig av en kvalitativ deskriptiv metodologisk modell.	n=10	Kvinnorna uppgav att det var positivt hur barnmorskorna genom mödravården, förlossning och postpartumvården ökade deras känsla av att kunna hantera smärtan under förlossning. Trovärdigheten byggdes genom en relation som utvecklades mellan barnmorskorna och kvinnorna. Detta stärkte kvinnorna.	Hög 88%
Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Lyberg, A., Severinsson, E. Norge 2010	Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study	To illuminate mothers fear of childbirth and their experiences of the team-midwifery care model during pregnancy, childbirth and the postnatal period.	Kvalitativ Denna hermeneutiska studie bestod av intervjuer med 13 kvinnor, som var inspelade och transkriberade ordagrant, efter detta utfördes en innehållsanalys.	n= 13	Resultatet visade på ett huvudtema: kvinnans rätt till ägande av graviditet, förlossning och postnatal vård som en metod för att bibehålla värdighet. Samt tre teman; Att vara medveten om hinder och skälen för fruktan. Att vara förberedd för förlossning och att behandlas med värdighet av barnmorskan.	Hög 88%
Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D & Brennecke, S. 2000 Australien	Does team midwife Care Increase Satisfaction with Antenatal, Intrapartum and Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial	To evaluate the effect of a new team midwife care program in the standard clinic and hospital environment on satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care in low-risk women in early pregnancy.	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie. Kvinnorna randomiserades till två grupper, kontinuerlig barnmorskeledd vård eller standardvård där det i huvudsak var en doktor som vårdade kvinnorna. Tillfredsställelsen mättes genom ett frågeformulär 2 månader efter förlossningen.	n= 1000	Kontinuerlig barnmorskeledd vård gav ökad belåtenhet, det var störst skillnad på mödravården, mindre skillnad på förlossningsvården och minst skillnad på postpartumvården. Det var ingen skillnad på kvinnans känslomässiga välmående efter 2 månader samt ingen skillnad i medicinska interventioner.	Hög 97%
Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A & Eagar, K.	Mothers' views of caseload midwifery and the value of	To evaluate mothers' satisfaction with a caseload-midwifery scheme, and whether	Kvantitativ Ett frågeformulär som	N=174	Vården fick höga betyg. Relationen var viktig. Barnmorskorna var en källa till trygghet under graviditet,	Hög 84%

2010 Australien	continuity of care at an Australian regional hospital	this varied according to the extent of continuity of care provided.	sammankopplades med kvinnornas kliniska data.		förlossning och postpartumperioden.	
--------------------	---	---	---	--	-------------------------------------	--

Bilaga 2

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionkriterier beskrivna?		

11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		

23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).