

# Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB- avdelning En kvalitativ intervjustudie

<b>FÖRFATTARE</b>	Annelie Carlberg Carolina Ekberg
<b>PROGRAM/KURS</b>	Barnmorskeprogrammet 90 högskolepoäng Examensarbete i Reproductiv och Perinatal hälsa
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Christina Nilsson
<b>EXAMINATOR</b>	Helen Elden

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## **FÖRORD**

Att skriva uppsats är ett lagarbete. Därför vill vi passa på att tacka de personer som hjälpt och stöttat oss med vårt arbete. Ett stort tack till personalen på den studerade enheten och till de intervjuade kvinnorna som delat med sig av sina erfarenheter. Ett stort tack till familjer och vänner som visat förståelse. Till sist vill vi tacka vår handledare Christina Nilsson för sitt engagemang och alla goda råd.

/Annelie & Carolina

Titel:	Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning. En kvalitativ intervjustudie
Title:	Women's experiences of bedside report at a maternity ward specialized in complicated childbirth. A qualitative interview study
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet, RPH 100, Examensarbete i Reproaktiv och Perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Annelie Carlberg Carolina Ekberg
Handledare:	Christina Nilsson
Examinator:	Helen Elden

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Att vänta barn och bli mamma är för kvinnan en av livets största händelser. För gravida kvinnor som behöver specialiserad vård eller individuell planering kring graviditet, förlossning och eftervård finns det i Sverige enheter för kvinnor med komplicerat barnafödande. Bedsiderapportering har studerats inom olika verksamheter men inte tidigare inom vård vid barnafödande. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning. **Metod:** Intervjuer genomfördes med sex kvinnor som var inskrivna på den specialobstetriska BB-avdelningen. Vid analysen användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Följande två huvudkategorier med sex underkategorier identifierades. Huvudkategori *En känsla av att vara omhändertagen* med underrubriker *Att bli uppmärksammad, Att bli bemött* och *Att känna trygghet*. Huvudkategori *En möjlighet till delaktighet* med underkategorier *Att få en aktiv roll, Att inte veta sin roll* och *Att få en otydlig roll som partner*. **Diskussion och konklusion:** Kvinnorna beskrev överrapporteringsmodellen som generellt sett tillfredsställande, men pekade på möjligheter att höja kvaliteten gällande personalens bemötande. Rapporteringsmodellen möjliggjorde kvinnornas upplevelser av omhändertagande och delaktighet samt främjade relationen till barnmorskor och annan personal. Hos kvinnorna fanns dock en tydlig önskan om att låta partnern få bli mer involverad vid rapporteringstillfället.

**Keywords;** bedsiderapportering; delaktighet; livsvärld; specialobstetrik; vårdrelation

## ABSTRACT

**Background:** Becoming a mother is one of life biggest events for the women. For pregnant women who need specialized care or individual planning on pregnancy, childbirth and postpartum care in Sweden, there are units for women with complicated childbirth. Bedside reporting has been studied in different context of care but not previously in maternity care.

**Objective:** The aim of this study is to describe women's experiences of bedside reporting on a maternity ward specialized in complicated childbirth. **Method:** Interviews were conducted with six women who were enrolled in the ward. The analysis used qualitative content analysis with an inductive approach. **Result:** The following two major categories with six subcategories were identified. Main category *A feeling of being taken cared of* with subcategories *To be noticed*,

*To be treated* and *To feel safe*. Main category *A chance to participate* with subcategories *To receive an active role*; *Not noing your role* and *As a partner receive an unclear role*. **Discussion and conclusion:** The women experienced that the over-reporting model was generally satisfying, but they pointed out opportunities to enhance the quality regarding staff attitude. The reporting model enabled the women's experiences of caring and participation and promoted their relationship to the midwives and other staff. The women expressed a clear desire to let the partner become more involved during the bedside report.

**Keywords;** bedside report; care relationship; lifeworld; participation; specialized obstetrics

# INNEHÅLL

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
SPECIALOBSTETRIK .....	1
ÖVERRAPPORTERING OCH BEDSIDE.....	2
LIVSVÄRLD OCH SUBJEKTIV KROPP.....	4
VÅRDRELATION.....	5
DELAKTIGHET.....	6
<b>PROBLEMFORMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
KVALITATIV METOD.....	8
URVAL OCH DELTAGARE.....	8
DATAINSAMLING.....	9
<b>Deltagande observation</b> .....	9
<b>Intervjuer</b> .....	10
DATAANALYS .....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
EN KÄNSLA AV ATT VARA OMHÄNDERTAGEN.....	12
<b>Att bli uppmärksam</b> .....	13
<b>Att bli bemött</b> .....	13
<b>Att känna trygghet</b> .....	15
EN MÖJLIGHET TILL DELAKTIGHET.....	15
<b>Att få en aktiv roll</b> .....	16
<b>Att inte veta sin roll</b> .....	17
<b>Att få en otydlig roll som partner</b> .....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>18</b>
METODDISKUSSION.....	18
RESULTATDISKUSSION.....	19
<b>KONKLUSION</b> .....	<b>22</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>23</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>24</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>27</b>
Bilaga 1: Till vårdenhetschef.....	27
Bilaga 2: Information till barnmorska om observation i studien .....	30

Bilaga 3: Information till patient om observation i studien.....	33
Bilaga 4: Information till intervjupersoner om studien.....	36

## **INTRODUKTION**

Att vänta barn och bli mamma är för kvinnan en av livets största händelser. I barnmorskans roll ingår att vårda och stödja kvinnans väg till att bli mamma. I barnmorskans kompetensbeskrivning beskrivs att barnmorskan ska ta hänsyn till kvinnans och närståendes kunskaper, erfarenheter och önskemål samt kunna urskilja den enskilde individens unika behov av vård och stöd (Socialstyrelsen, 2006). Som blivande barnmorskor är vi intresserade av hur vi kan stödja kvinnans egen medverkan och påverkan på sin vård, eftersom det är viktiga dimensioner för kvinnor vid barnafödande, det vill säga tiden och övergångsprocessen under graviditet, förlossning och perioden strax efter (Berg & Lundgren, 2010).

Inom en rad olika verksamheter på svenska sjukhus har personalen på vårdavdelningar övergått från traditionell överrapportering på expedition till att rapportera vid sängen hos patienten, så kallad bedsiderapportering (eng. bedside report). En av dessa vårdavdelningar är en specialobstetrisk BB-avdelning.

## **BAKGRUND**

### **SPECIALOBSTETRIK**

För gravida kvinnor som behöver specialiserad vård eller individuell planering kring graviditet, förlossning och eftervård finns det enheter för kvinnor med komplicerat barnafödande. Med komplicerat barnafödande menas att det föreligger en ökad risk för komplikationer hos kvinnan eller hennes väntade/nyfödda barn under graviditet, förlossning och tiden strax efter (Berg & Lundgren, 2010). Exempel på tillfällen där kvinnan eller barnet behöver specialiserad vård är maternell diabetes, maternell och/eller fetal hjärtsjukdom, preeklampsi, risk för prematur förlossning, sätesbjudning samt flerbördsgraviditet. På den studerade enheten vårdas även friska kvinnor utan komplikationer i mån av tillgängliga platser. Den studerade enheten är uppdelad i en förlossningsdel och en BB-del. Både gravida och förlösta kvinnor vårdas på båda enheterna. När det blir aktuellt med förlossning, vaginal eller instrumentell, eller om kvinnan/det ofödda barnet försämras vårdas kvinnan på förlossningsenheten (personlig kommunikation med enhetens kvalitets- och patientombud, KPO, 14-01-08).

Enligt den information som ges av enhetens KPO eftersträvas att erbjuda en individuellt anpassad vård med god kontinuitet och hög medicinsk kompetens, samtidigt som det är viktigt att bevara det normala och värna om det friska hos kvinnan.

## **ÖVERRAPPORTERING OCH BEDSIDE**

I examensarbetet används benämningen barnmorska/kvinna där vårdkontexten är barnafödande (Berg, 2010), för övriga vårdkontext används benämningarna sjuksköterska/patient.

I barnmorskans kompetensbeskrivning beskrivs att barnmorskan ska besitta kunskaper om dokumentation och kunna rapportera given information, samt vidarebefordra information av betydelse om enskild patient till sina kollegor (Socialstyrelsen, 2006). Överrapportering mellan arbetspass är en del av den dagliga rutinen inom många vårdverksamheter. Rapporteringen innebär att sjuksköterskan/barnmorskan som ska avsluta sitt arbetspass ger muntlig och/eller skriftlig information till kollegan/kollegorna som ska påbörja sitt arbetspass och ta över patientansvaret. Informationsöverföringen, som bör vara saklig och professionell, sker oftast på ett kontor/expedition utan patientens närvaro eller medverkan (Eggland & Heinemann, 1994). Kärnan i dokumentation och överrapportering skall utgöras av det som ur perspektivet helhetsvård framstår som det mest väsentliga för patienten (Eriksson, 1996). Vidare skriver Eriksson (1996) att det är patientens varande och verklighet som skall dokumenteras/överrapporteras. Dokumentation/överrapportering ska ha en omedelbar relevans för vården och behandlingen och ska vara fri från värderingar. Den ska avspegla patientens väsen och innersta önskningsar och behov om hur denne vill bli vårdad samt beskriva patientens delaktighet i den egna vården och i de beslut som fattas (Eriksson, 1996).

Bedsiderapportering innebär att den personal som skall gå av sitt arbetspass rapporterar till pågående personal inne på patientrummet med patienten och eventuellt dennes anhöriga som närvarande och delaktiga (Lu et al, 2013). Rapporteringsmodellen används dagligen vid skiftbyten mellan personal inom en rad olika vårdkontexter som medicin, operation, kirurgi och rehabilitering (Anderson & Mangino, 2006; Cahill, 1998; Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010; Lu et al, 2013; McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke, 2011; Timonen & Sihvonen, 2000). Rapporteringsmodellen används även inom obstetrik men har inte gått att finna beskriven i vetenskaplig litteratur, utan endast i facklig tidskrift (Vårdfokus, 2013).



Fördelarna med bedsiderapportering finns beskrivna i Vårdfokus (2013) och bekräftas även vid personlig kommunikation med enhetens KPO (14-01-08). Rapporteringsmodellens fördelar bekräftas även i artiklar om sjuksköterskors vårdande av patienter inom olika vårdkontexter (Anderson & Mangino, 2006; Cahill, 1998; Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis & Chu, 2009; Lu et al, 2013; McMurray et al, 2011). Bedsiderapportering beskrivs som en möjlighet till att erhålla information om situationen för patienter, anhöriga och vårdpersonal, att kunna ställa frågor, komplettera och tillrättavisa information, att kunna medverka och påverka sin egen vårdplan, öka delaktigheten i vården för patienter och deras anhöriga, minska risken för kommunikationsfel, skapa trygghet, öka patientsäkerheten samt att arbeta för en patientcentrerad vård. Den studerade enhetens KPO (personlig kommunikation, 14-01-08) beskriver även fördelen med att få träffa kvinnorna direkt vid arbetspassets start, bekräfta kontinuitet bland personalen samt att tidigt få en dialog med kvinnan.

Nackdelar med metoden kan vara att patientens sekretess hotas vid rapportering på flerbäddrum (Lu et al, 2013), samt att bedsiderapportering kräver att språket anpassas efter den medverkande patienten. Medicinska termer bör därför användas så lite som möjligt för att inte skapa oro och oklarheter hos patienten och dennes anhöriga (Cahill, 1998; Lu et al, 2013). Lu et al (2013) nämner att vårdpersonalen bör undvika att rapportera känslig information så som sexuellt överförbara sjukdomar, psykisk sjukdom, sexualitet och religion för att undvika att patienterna skall känna sig diskriminerade. På den studerade enheten anser dock enhetens KPO (personlig kommunikation, 2014-01-08) att det inte finns något som inte går att prata om tillsammans med patienten.

På den studerade enhetens BB-del, för kvinnor med komplicerat barnafödande, infördes bedsiderapportering efter att barnmorskor vid enheten läst om modellen i facklig litteratur, blivit inspirerade och därefter delgivit sina kollegor. Innan införandet av denna rapporteringsmodell skedde rapporten på barnmorskeexpeditionen. Rapporteringsmodellen började som ett projekt under sommaren 2013 och då den upplevdes som tillfredsställande av majoriteten av personalen har överrapporteringsmodellen fortsatt att användas (personlig kommunikation med enhetens KPO, 14-01-08). Bedsiderapportering på avdelningen sker mellan dag- och kvällspass medan det vid övriga överrapporteringstillfällen under dygnet sker traditionellt mellan personalen på avdelningens expedition. Vid arbetspassets början görs en jämn fördelning av vårdade kvinnor baserat på vårdbehov, och vanligtvis ansvarar varje barnmorska för 5-7 kvinnor. Intentionen inom verksamheten är att personalen vid

överskrifter skall använda sig av rapporteringsmallen SBAR (Situation-Bakgrund-Aktuellt tillstånd-Rekommendation) (personlig kommunikation med enhetens KPO, 2014-01-08). SBAR är framtagen av Sveriges kommuner och landsting (SKL) för att underlätta kommunikation mellan personer, efter det framkommit att brister i kommunikation är en av de vanligaste orsakerna till att fel begås i vården. När korrekt information överförs till varje person vid alla tillfällen, ökar möjligheterna till att bedriva en god och säker vård (SKL, 2013). SBAR är numera en nationellt vedertagen checklista i Sverige för att förbättra kommunikation, öka patientsäkerhet och minska antalet misstag i vården (SKL, 2013).

## **LIVSVÄRLD OCH SUBJEKTIV KROPP**

Olika verksamhetsdokument betonar att hälso-och sjukvård ska vila på en humanistisk värdegrund (Berg, 2010). Med en humanistisk värdegrund betonas en helhetssyn på människan i världen, där människan ses som en integrerad enhet av kropp, själ och ande, med relationer till människor, miljö och tid. Människosynen utgör en central del i vårdande vid barnafödande. Vårdande som bygger på helhetssyn inkluderar ett bejakande av människans livsvärld (Berg, 2010).

Livsvärldsbegrepp har sitt ursprung i fenomenologin och utvecklades av Husserl (Rosberg, 2012). Med livsvärld menas den värld där vi lever vårt dagliga liv och som vi upplever och erfar genom vår kropp. Så länge vi lever kan vi aldrig frångå livsvärlden (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Dahlberg & Segesten (2010) beskriver livsvärlden som världen så som den erfars av en individ. Berg (2010) skriver att det är i livsvärlden som vi söker livets mening och innehåll och bekräftar vår existens. Genom kroppen upplever vi världen och tar del av både vår egen och andras livsvärld. Det är i livsvärlden som barnmorskan finner kvinnans historia, hennes relationer och hennes upplevelser av att vänta och föda barn. Vid en graviditet förändras inte bara kvinnans kropp utan även kvinnans förhållande till omgivningen och omgivningen till henne. Som barnmorska innebär mötet med gravida och födande kvinnor ett intresse för kvinnans livsvärld. Att som barnmorska ha ett livsvärldsperspektiv innebär att bekräfta och vara öppen för kvinnans historia, hennes upplevelser och erfarenheter av den egna kroppen, graviditetens påverkan och förändring av den egna identiteten samt kvinnans sociala relationer till man/partner, tidigare barn och andra närstående. Att vårda den gravida och födande kvinnan med ett livsvärldsperspektiv betyder att barnmorskan försöker se, förstå och beskriva kvinnan utifrån hennes beskrivning av sin livsvärld (Berg, 2010).

## VÅRDRELATION

För att kunna bedriva god vård krävs en mellanmänsklig relation mellan vårdaren och patienten, vilket inom vården benämns som vårdrelation. Vårdrelationen bygger på ett professionellt engagemang med personlig kunskap och erfarenhet i absolut närvaro för patienten (Dahlberg et al, 2003). Det är i vårdrelationen som patientens hälsoprocesser skall stödjas och stärkas på ett sätt som tar hänsyn till patientens livsvärld och dennes möjlighet till delaktighet (Dahlberg & Segesten 2010).

En central del i vårdrelationen är samtalet (Berg & Lundgren, 2010). Genom samtalet generellt meddelar vi oss och delar med oss av innebörder, upplevelser, känslor, handlingar och värderingar. I samtal utbyts även information och möjligheter ges till påverkan och bekräftelse (Nilsson & Waldemarsson, 2007). Samtalet som sådant kan dels ses som något vardagligt och allmänmänskligt, men även som något som är en del av den vårdande relationen och benämns då som vårdande samtal. Vårdande samtal kan ske på olika sätt, gemensamt är att ansvaret för hur samtalet utvecklas är vårdarens men att båda parter bidrar (Dahlberg & Segesten, 2010). Ett professionellt samtal används som ett verktyg för att uppnå ett specifikt mål, ge stöd, hantera ett uppkommet problem, skapa delaktighet, fördela ansvar, utvärdera, korrigera eller kanske att förmedla obehaglig information. Vårdande samtal är beroende av vårdarens frågor samt ett inlyssnande av patientens svar. Om samtalet är öppet och följsamt ökar möjligheterna att få patienten att berätta och delge situationen sett ur sin livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010).

Berg (2010) beskriver att det för barnmorskan är en utmaning att utveckla en vårdrelation i vårdandet vid komplicerat barnafödande. Barnmorskan skall i vårdandet hitta en balans mellan det medicinska och det naturliga perspektivet samtidigt som hon ska bevara kvinnans värdighet. Vårdrelationen blir en förutsättning för att kunna vårda främst kvinnan men även hennes ofödda/nyfödda barn, hennes partner och övriga närstående. Vårdmodellen *Genuint vårdande av det genuina* är en teoretisk beskrivning av barnmorskors vård av kvinnor med ökad risk för komplikationer under graviditet, vid förlossning och postpartum (Berg, 2010). Vårdrelationen och dess betydelse belyses i modellen och beskriver den värdighetsbevarande vårdrelation som utvecklas mellan barnmorska och kvinna. I modellen ingår fem sammankopplade delar som alla ingår i vårdrelationen. Dessa är *ömsesidighet*, att barnmorskan och kvinnan är öppna för varandra, *tillit*, att ha en tilltro till den andra, *fortgående dialog*, att hela tiden kommunicera och hålla kvinnan informerad om situationen, *delat ansvar*, att känna delaktighet i sin egen vård

samt *kontinuerlig närvaro*, att vara tillgänglig och närvarande för kvinnan både känslomässigt och fysiskt (Berg, 2010).

## **DELAKTIGHET**

*“Det är i den vårdande relationen som delaktighetens vara eller inte vara avgörs.”*  
(Dahlberg & Segesten, 2010. s 111)

Att bli patient innebär för många en förändring av den egna livssituationen, att hamna i ett nytt sammanhang och att bli avskild från sina relationer med andra människor. För att uppnå hälsa och välbefinnande eftersträvas att patienten själv medverkar och är delaktig i sin egen vård. Vetskap finns att patienters egen medverkan och delaktighet är av vikt för att kunna åstadkomma god och säker vård (Dahlberg & Segesten, 2010). En god vård baseras på att patienten känner trygghet, respekteras för sitt självbestämmande och sin integritet, upplever kontinuitet och säkerhet i vården samt genom dialog får individuellt anpassad information, råd och stöd (SFS, 1982:763; Socialstyrelsen, 2006). Det som i dagligt tal menas med stöd och information får en djupare innebörd först när ”stöd” och ”information” möter patientens livsvärld och delaktighet uppnås. Detta förutsätter att vårdpersonalen visar intresse, lyssnar och uppmärksammar patientens upplevelser och känslor. Upplever patienten en avsaknad av denna bekräftelse uppnås inte känslor av delaktighet trots god information. Att vara delaktig inom vården handlar således om ett samspel mellan två parter där bådats kunskaper och erfarenheter blir bekräftade och respekterade (Dahlberg & Segesten, 2010).

Hur patienter och sjuksköterskor såg på patienters delaktighet vid bedsiderapportering beskrivs av Timonen & Sihvonen (2000). Patienterna ansåg sig vara mindre delaktiga än vad sjuksköterskorna uppgav. Hur de två grupperna såg på den information som utbyttes skiljde sig åt. Endast hälften av de tillfrågade patienterna ansåg att rapporteringstillfället var till för både dem själva och sjuksköterskorna, medan samtliga sjuksköterskor å sin sida ansåg att rapporteringstillfället var till för både dem själva och för patienten. Patienterna uppgav också att det vid rapportering var vanligt att en sjuksköterska pratade mer eller mindre hela tiden, eller att sjuksköterskorna mest pratade sinsemellan. En annan studie av patienters upplevelser av bedsiderapportering visade att patienter ibland deltog endast om de blev aktivt inbjudna eller tillfrågade. Önskade patienten inte vara så aktivt delaktig i sin rapport intogs ett mer passivt deltagande och en inlyssnande roll (Chaboyer et al, 2010). Cahill (1998) fann att hur pass aktiva

och delaktiga patienterna valde att vara i överrapporteringen berodde på deras hälsotillstånd. När patienterna mådde bättre och hade mer kunskap om sin sjukdom ökade det aktiva deltagandet vid rapporttillfället. Hur patienter blir stärkta genom delaktighet i sin vård beskrivs i studier om bedsiderapportering. Patienterna välkomnade och uppskattade bedsiderapportering då de blev stärkta genom sitt deltagande i processen, blev erkända som en "partner" i sin egen vård och själva medverkade till att upptäcka och korrigera felaktigheter (Lu et al, 2013; Chaboyer et al, 2010). Lu et al (2013) fann dessutom i sin studie att majoriteten av deltagarna upplevde det positivt att bli inkluderad och att överrapporteringen blev mer personlig.

Under graviditet genomgår kvinnan en förändringsprocess till det nya moderskapet. Att då veta att det finns en ökad risk för komplikationer hos den blivande mamman eller barnet medför att situationen är extra sårbar och utsatt för kvinnan. Genom att ha en fortlöpande dialog, vilket är en förutsättning, där kvinnan får information om vad som sker och hur vården planeras medför att hon känner sig delaktig. Även om det föreligger komplikationer, såsom hos kvinnor med ökad risk för sådana, finns det en önskan om att medverka i vården och dela ansvaret med de professionella (Berg, 2010). Lundgren (2010) förtydligar denna önskan med att gravida och födande kvinnor vill ha ett eget ansvar att vara delaktiga i sin vård, och att de därför känner ett eget ansvar för att kommunicera med barnmorskan samt ha en tro på sig själv och sin förmåga.

## **PROBLEMFORMULERING**

På en specialobstetrisk BB-avdelning har personalen sedan en tid tillbaka övergått från traditionell överrapportering på expeditionen till gemensam rapportering tillsammans med kvinnorna inne på deras patientrum, så kallad bedsiderapportering. Tidigare forskning om rapporteringsmodellen har till största del handlat om sjuksköterskor och patienter inom andra vårdkontexter än barnafödande. Det finns därför anledning att studera kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering under den barnafödande perioden för att se om det även har relevans inom detta område.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning.

## **METOD**

### **KVALITATIV METOD**

Då intresset är riktat mot kvinnors erfarenheter har datainsamling skett genom kvalitativa intervjuer med kvinnor som har erfarenheter av bedsiderapportering. Målet med kvalitativ forskning är en önskan om att identifiera och förstå egenskapen hos någonting som är tidigare okänt eller inte tillräckligt studerat (Starrin & Renck, 1996). Kvalitativa intervjuer utmärks genom att den som intervjuar ställer enkla raka frågor och till svar ges komplexa och innehållsrika utläggningar (Trost, 2010). Som stöd för tillvägagångssätt för analyserande av data användes Elo & Kyngäs (2007) artikel om kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalys som sådan har sitt ursprung på 1600-talet och då inom teologin. Metoden vidareutvecklades under 1800-talet och 1900-talet och kom då att användas främst vid analys av media och inom kommunikationsforskning. Under 1900-talet skedde en uppdelning av innehållsanalys till kvantitativ respektive kvalitativ. Metoden har genom åren utvecklats och använts inom flera områden såsom psykologi, sociologi, pedagogik, medicin och omvårdnad (Danielson, 2012). Den kvalitativa innehållsanalysen används då det finns ett behov av att analysera skriven, talad eller bildlig kommunikation. När det saknas eller endast finns lite kunskap om ett område rekommenderas kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som forskningsmetod (Elo & Kyngäs, 2007).

### **URVAL OCH DELTAGARE**

Ett strategiskt urval har skett bland inskrivna kvinnor på en specialobstetrisk BB-avdelning på ett svenskt sjukhus. Strategiska urval görs med syfte av att välja ut personer som kan ge innehållsrika beskrivningar av det studerade fenomenet och som svarar an på syftet (Henricson & Billhult, 2012). Inklusionskriterier för deltagande i studien var inskrivna, svensktalande kvinnor över 18 år som deltagit vid bedsiderapportering vid minst två tillfällen. Målsättningen för urvalet var att det bland de intervjuade skulle finnas både oförlösta och förlösta kvinnor, variation i tid hur länge de vårdats på vårdavdelningen samt olika diagnoser. Detta för att få största möjliga variation i intervjumaterialet (Danielson, 2012). Sex kvinnor intervjuades varav alla var förlösta. I övrigt fanns en spridning i åldrar på kvinnorna mellan 23-40 år, i vårdtid mellan två dygn upp till tre veckor samt bland diagnoser och graviditetsrelaterade komplikationer till exempel preeklampsi, diabetes, koagulationsrubbningar och neurologisk sjukdom. Deltagarobservationerna och intervjuerna ägde rum under våren 2014.

## DATAINSAMLING

### Deltagande observation

Innan intervjuerna påbörjades genomfördes deltagande observation av två olika rapporteringstillfällen med olika barnmorskor och kvinnor. De studerade barnmorskorna fick ge sitt samtycke (bilaga 2). Syftet med observationerna var att få kunskap om hur bedsiderapportering går till och vad den innehåller. Dock ingår inte observationerna i uppsatsens resultat, utan de genomfördes endast för att få en uppfattning om det studerade fenomenet vid den aktuella enheten. Vid observationerna intog observatörerna en passiv och lyssnande roll. De fanns med i det sociala samspelet dock utan att delta i de handlingar och samtal som utfördes. Observatörerna eftersträvade en närhet trots distans (Carlson, 2012). Författare AC medverkade vid först beskrivna bedsiderapporttillfället (1), författare CE vid andra (2). Vid de deltagande observationerna iaktogs följande:

Observation av AC:

1. Dagbarnmorskan höll i bedsiderapporteringen till kvällsbarnmorskan och undersköterskan. De stod intill kvinnan som satt på sängen inne på rummet. Inledningsvis redogjordes kort för kvinnans sjukdom, tid för förlossning, komplikation vid förlossning och planering efter det. Vidare rapporterades om planering framåt, behandling och uppföljning. Sedan diskuterades kring amning, tillmatning och planering kring det. Kvällsbarnmorskan och undersköterskan ställde frågor till kvinnan som svarade, samt planerade tillsammans inför kvällen. Barnmorskorna, undersköterskan och kvinnan deltog i diskussionen. Dagbarnmorskan beskrev hur dagen hade varit och kvinnan fyllde på med information om vad som gjorts och hur hon upplevde det som gjorts. Under tiden för rapporten låg den nyblivna pappan i sin säng och intog en lyssnande passiv roll. Han blev inte heller aktivt inbjuden i diskussionen. Bedsiderapporteringen avslutades med att kvällsbarnmorskan, undersköterskan och kvinnan hade gjort upp en liten planering över hur eftermiddagen och kvällen skulle se ut och vad som skulle göras. Dagbarnmorskan tackade för sig. De sa hej och att de snart skulle ses igen.

Observation av CE:

2. Innan bedsiderapporten genomfördes gavs en kort rapport om kvinnan inne på barnmorskeexpeditionen där dagbarnmorska, kvällsbarnmorska samt kvällsundersköterska närvarade. Efter denna korta rapport gick samtliga in till kvinnan och kvällspersonalen presenterade sig. Ingen anhörig fanns på rummet under tiden för rapport. Under rapporten stod

personalen i en halvcirkel framför kvinnan som låg i sängen. Hon fick då information av dagbarnmorskan om att kvällspersonalen fått rapport om henne och hennes situation. Därefter gavs en kortfattad version om vad som hänt under dagen samt vad planen var för kvällen och kommande morgon. Kvinnan berättade därefter om sina amningserfarenheter sedan partus och kvällsundersköterskan ställde frågor till henne. Kvinnan började därefter prata om sina smärtor och antibiotikabehandling och de två barnmorskorna svarade tillsammans på hennes frågor. Rapporten avslutades med att kvällspersonalen informerade kvinnan om att det var de som arbetade under kvällen och att de skulle ses igen om en stund och att det bara var att höra av sig om det var något.

### **Intervjuer**

Innan datainsamling påbörjades genomfördes en pilotintervju. Avsikten med denna intervju var att identifiera hur väl våra tankar om frågeställningar genererade utförliga och uttömmande svar som svarade an på vårt syfte (Jonsson, Heuchemer & Josephsson, 2012). Då pilotintervjun innehöll mer användbart material än förväntat (Trost, 2010) inkluderades den i datamaterialet för analys och blev således den sjätte intervjun.

Kvinnorna som deltog i studien tillfrågades om deltagande med hjälp av ansvarig barnmorska. De som var intresserade av att delta erhöll därefter både muntlig och skriftlig information av AC och CE, samt fick skriva på en samtyckesblankett (bilaga 3-4). Deltagarobservationerna och intervjuerna genomfördes på patientrummen. Vid intervjuerna användes semistrukturerade frågor som stöd. Nedanstående frågor ställdes men med variation i följd utefter vad som sades under intervjutillfället (Danielson, 2012). Intervjuerna pågick i 15-25 minuter, spelades in och transkriberades efter intervjutillfällena. Vid intervjuerna närvarade både AC och CE. Vem som ledde intervjun varierade, följdfrågor ställdes vid behov av båda intervjuare för att få ett mer beskrivande svar. Följdfrågorna var av karaktären: *På vilket sätt tänker du då?* och *Kan du utveckla det lite?* Vid intervjutillfället ställdes följande frågor:

- ☒ *Vilka är dina upplevelser/erfarenheter av barnmorskornas bedside rapportering?*
- ☒ *Vilka är fördelarna?*
- ☒ *Vilka är begränsningar/nackdelar?*
- ☒ *Hur upplever Du din roll?*
- ☒ *Hur skulle Du vilja att Din roll var?*
- ☒ *Vilken roll tror Du att din partner kan ha vid rapportering?*



- ☒ *Finns det något Du tänkt på som borde uteslutas vid rapporteringen?*
- ☒ *Finns det något som Du skulle vilja ha annorlunda vid rapporteringen?*

## **DATAANALYS**

Som verktyg för analys användes Elo & Kyngäs (2007). Analysen följde ordningen öppen kodning, skapande av kategorier och abstraktion. Som ett första steg i analysen gjordes en noggrann genomläsning av data av båda författarna enskilt. Efter genomläsningen gjordes en öppen kodning. Under denna process skrevs anteckningar i texten, så kallade meningsbärande enheter. Det skrivna materialet lästes därefter igen igen och då tillsammans. Så många rubriker som möjligt skrevs ned i marginalerna för att beskriva alla aspekter av innehållet. Anteckningar och rubriker samlades in från marginalerna och skrevs ned på små pappersark. För att veta vilken kvinna som sagt vad tilldelades de varsin färg. Efter den öppna kodningen skapades kategorier fritt och förteckningar över kategorierna blev grupperade under huvudrubriker. Syftet med att gruppera var att minska antalet kategorier genom att sammanföra de som är lika eller olika. Genom att skapa kategorier gavs ett redskap för att kunna beskriva, att öka förståelsen och generera ny kunskap om det studerade området. Vilka beskrivningar som gick att sätta under samma kategori tolkades. Genom abstraktion formulerades kategorier med en gemensam beskrivning av innehållet. Varje kategori namngavs med karakteristiska ord för innehållet. Underkategorier med liknande innehåll grupperades under huvudkategorier. Abstraktionsprocessen fortsatte så länge det var möjligt.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt Etikprövningslagen (2003:460) som berör forskning som avser människor måste en etisk prövning göras. När studier görs av högskolestudenter på grund- eller avancerad nivå behövs inte detta. Däremot ingår en etisk bedömning av handledaren vid Universitetet/Högskolan. Skriftligt godkännande från verksamhetschefen krävs dock (bilaga 1). Sådant söktes och beviljades.

Inför studiens genomförande har författarna utgått ifrån Vetenskapsrådets fyra huvudkrav, det vill säga; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav (Etikprövningsnämnden, 2014). Deltagandet i studien var frivilligt och kvinnorna fick både

skriftlig och muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt (bilaga 3-4). Kvinnorna informerades att de när som helst kunde dra tillbaka sitt deltagande utan att behöva uppge någon orsak. Efter att kvinnorna godkänt deltagande fick de skriva på en samtyckesblankett. Personuppgifter hanteras i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt, endast forskarna för denna studie samt handledare handhar uppgifterna och ingen information kommer att kunna härledas till någon specifik deltagare. Efter studiens avslut kommer materialet förvaras inlåst enligt aktuella föreskrifter (EPN, 2014), alternativt förstöras.

Riskerna med denna studie bedömdes vara små eller obefintliga för de deltagande kvinnorna utifrån Vetenskapsrådets fyra huvudkrav (EPN, 2014). Innan datainsamling påbörjades fick kvinnorna skriftlig och muntlig information om studien, en kort presentation av författarna samt ett förtydligande om att det som framkommer under intervjuerna inte kommer att påverka deras vård. Kvinnorna var inte heller i beroendeställning till författarna då dessa inte är verksamma på avdelningen. Studiens nytta bedöms överväga riskerna för de intervjuade kvinnorna. Dessutom kan andra kvinnor komma att få nytta av den förståelse som uppkommit av resultaten om dessa sprids till personalen på enheten. Studiens nytta bedöms även då baksiderapportering inte tidigare är studerad inom vård vid komplicerat barnafödande.

## RESULTAT

I analysen av intervjuerna har två huvudkategorier med sex underkategorier identifierats. Dessa är:

Tabell 1

En känsla av att vara omhändertagen	Att bli uppmärksammas Att bli bemött Att känna trygghet
En möjlighet till delaktighet	Att få en aktiv roll Att inte veta sin roll Att få en otydlig roll som partner

### EN KÄNSLA AV ATT VARA OMHÄNDERTAGEN

Rapporten upplevdes av kvinnorna som trevlig och positiv, den gav dem en känsla av att vara omhändertagna och skapa en möjlighet till samtal. Kvinnorna beskrev att överrapporteringstillfället började med en presentation av pågående personal. Därefter gavs en

kort rapport gällande anamnes av dagbarnmorskan. Kvällspersonalen ställde därpå frågor till kvinnorna där kvinnorna gavs möjlighet till att korrigera och komplettera rapporten. Rapportens tillvägagångssätt och innehåll beskrevs variera beroende på barnmorska. Vad som rapporterades beskrevs vara relevant med variation på var i vårdtiden de befann sig.

### **Att bli uppmärksammad**

Kvinnorna beskrev att bedsiderapporten gav dem känslan av att vara i centrum. De upplevde att de blev pratade till och inte om, att fokus låg på dem som personer. Dock beskrev en kvinna att hon tyckte det kändes bra då personalen pratade om henne, vilket fick henne att känna sig uppmärksammad som person. Kvinnorna beskrev även att överrapporteringsmodellen kändes mer personlig då rapporten skedde inne på rummet och inte på expedition. Under rapportens gång upplevde kvinnorna att de både blev sedda och tillfrågade av personalen. Kvinnorna beskrev att de kände sig uppmärksammade då vårdpersonalen visade intresse för deras egna tankar och känslor. En av kvinnorna beskrev att detta medförde att hon kände sig speciell och att vårdpersonalen fanns där särskilt för hennes skull.

*”Det känns verkligen som om fokus är på mig och det är ju trevligt. Faktiskt! Så att det inte bara pratas om mig i korridoren. Då får man ju den där kontakten igen som är så trevlig och gör det personligt.”* (Intervjuperson 3)

### **Att bli bemött**

Hur kvinnorna blev bemötta av barnmorskor och undersköterskor vid bedsiderapporteringen var något de alla hade reflekterat över. Kvinnorna beskrev att all kontakt med vårdpersonalen och dem själva och deras partners har att göra med hur vårdpersonalen bemöter dem.

*”...så det är så mycket hur de liksom pratar med en...just det här bemötandet, det är ju det allra viktigaste liksom, oavsett hur dom gör rapporteringen så är det ju det allra viktigaste, att man känner att dom lyssnar och så...”* (Intervjuperson 2)

Kvinnorna beskrev att de upplevt såväl lugn som stress hos barnmorskorna vid överrapporteringen. Ibland var arbetsbelastningen hög och barnmorskorna stressade, något som kvinnorna hade förståelse för. En av kvinnorna påtalade dock att en förutsättning för bedsiderapportering är just tidsaspekten då det vid tidsbrist kan leda till att man som patient känner sig obekvämt.

*”...om det går lite fort, om man märker att de inte har så mycket tid, är stressade kanske. De måste ha tid, annars känner man sig besvärlig som patient, att man tar upp deras tid...(Intervjuperson 2)*

Kvinnorna beskrev att det vanligaste var att vårdpersonalen stod bredvid dem under rapporteringstillfället. Hur detta upplevdes varierade. En av kvinnorna beskrev att detta upplevdes stressande medan en annan inte tyckte att detta påverkade känslan i rummet som för övrigt var lugn. En tredje kvinna beskrev det som:

*”Inte det att man blev nedkollad på...men att man ligger själv i sängen och kollar upp på dom och dom tittar ner på mig...det blir inte samma nivå på nått sätt.” (Intervjuperson 1)*

Hur personalen bemötte kvinnornas upplevelser av text anning under rapporten beskrevs av en av kvinnorna. Hon hade upplevt att hon blev ifrågasatt när hon vid rapporten nämnde något som motsatte redan dokumenterad data. Ifrågasättandet genererade tankar hos kvinnan om vårdpersonalens öppenhet och om hon skulle våga säga emot det som sades utifrån hennes egna upplevelser. Kvinnorna menade annars att det inte fanns något som inte kunde tas upp eller diskuteras under rapportens gång. Kvinnorna beskrev även att det var viktigt att personalen var lyhörda och uppmärksamma på det som kvinnorna inte uttalade men upplevde. Flera av kvinnorna hade dock tankar kring att vissa situationer och omständigheter hade begränsat öppenheten vid överrapporteringstillfället. Exempel på känsliga områden var psykisk ohälsa och relationsproblematik med partnern. Samma kvinnor reflekterade även kring bedsiderapporteringens nackdelar vid flerbäddsrum så som sekretess och vetskap om att andra på rummet skulle höra vad som sades.

*”...om man delar rum tänker jag...vissa saker kan ju vara väldigt känsliga att prata om. Om man till exempel har en historik med psykisk ohälsa eller haft det tufft...eller om jag och min man inte hade funkat så bra ihop liksom...så är det ju viktigt att de fångar upp de signalerna och pratar lite mer enskilt eller så...” (Intervjuperson 2)*

Kvinnorna beskrev att vårdpersonalen under rapporteringstillfället bemötte dem och deras partners med en anpassning i språk och sjukvårdstermer. En av kvinnorna beskrev att hon upplevde ett hänsynstagande under rapporten för hennes icke-svensktalande partner. Kvinnan

beskrev att personalen därför rapporterade på engelska efter bästa förmåga och att hon hjälpte till med översättning vid behov.

### **Att känna trygghet**

De intervjuade kvinnorna beskrev att rapporteringsmodellen förmedlade trygghet. Tryggheten beskrevs bygga på att kvinnorna medverkar under rapporteringstillfället och på att information förmedlades vidare samt att alla inblandade var informerade. Att bli informerad, att få veta vad som händer och att kunna ställa frågor själv var viktigt. En av kvinnorna uppgav att få frågor ställda till sig kändes som en trygghet då hon uppfattade detta som säkerställande av uppgifter. Trygghet beskrevs även i att allt av värde togs upp i rapporten och att kvinnorna fick information även om det var dåliga besked som gavs. En av kvinnorna beskrev en trygghet i att den information hon själv gav vid rapporten var den mest korrekta då den baserades på hennes upplevelser och behov.

*”Ja, det är ju det att det blir korrekt information. Jag sitter ju här som ett litet facit liksom...nu blir det ju en direktinformation istället för samtal via någon annan. Det är ju inte alltid det framgår det man sagt.”* (Intervjuperson 4)

Trygghet beskrevs även av kvinnorna när det gällde personalen. Kvinnorna kände en trygghet av att veta att personalen visste vem de var och att de inte bara var en patient på ett rum. Genom bedsiderapporteringen fick kvinnorna tidigt på personalens arbetspass ett ansikte på de patientens variga, de visste vem som skulle komma om de ringde på klockan samt att det fanns en kontinuitet bland personalen.

*”Då känner man att man känner varandra mer...det var jättebra, en trygghet, att man vet vilka som är här på kvällen exempelvis, för det är ju...att veta vem som jobbar och veta vem som har hand om en själv, det är skönt.”* (Intervjuperson 1)

Flera av kvinnorna beskrev även en trygghet i att rapporten gavs av den barnmorska som de vårdats av under dagen samt att det var ett begränsat antal personer med vid överrapporteringen. En av kvinnorna uttryckte också att hon kände en trygghet i att barnmorskorna vid överrapporteringen uppmärksammade barnet, dess utveckling och förändringar.

### **EN MÖJLIGHET TILL DELAKTIGHET**

Hur bedsiderapporten bidrog till att kvinnorna kände att de hade en funktion vid överrapporteringen återkom under intervjuerna. De intervjuade kvinnorna beskrev att den

främsta fördelen med rapporteringsmodellen var att de kände sig delaktiga. Att medverka och vara en part i rapporten beskrevs som trevligt, som att få en aktiv roll och en bra känsla av att vara informerad. Dock uttryckte kvinnorna en önskan om att låta partnern få en mer betydelsefull roll vid överrapporteringstillfället.

### **Att få en aktiv roll**

Genom att kunna påverka och korrigera det som rapporteras kände kvinnorna att de medverkade och var delaktiga i såväl sin rapport som i sin vård. De beskrev att även om man inte kan ändra på saker och ting så kan man kanske påverka planeringen och få en snabbare hemgång. Kvinnorna beskrev även att de upplevde att de medverkade och var delaktiga då de fick berätta med egna ord om sig själv och sina upplevelser så att det inte bara kom in någon på rummet som pratade över huvudet på dem. Genom att medverka i sin rapport upplevde kvinnorna att de fick bekräftelse på att de blivit sedda och lyssnade på. Kvinnorna beskrev även att de upplevde att de hade en roll i samtalet när de blev tilltalade och fick frågor ställda till sig under rapportens gång samt att de medverkade i de diskussioner som fördes under överrapporteringen.

*”Jag var väldigt delaktig tycker jag...för dom ställde mycket frågor. Det var som om dom säkerställde uppgifter med mig... så man känner sig väldigt delaktig liksom, det blir som en diskussion. (Intervjuperson 2)*

Hur kvinnorna valde att vara aktiva under rapporten beskrevs. Det kunde bland annat bero på hur kvinnans tillstånd var vid rapporteringstillfället. En av de intervjuade kvinnorna påtalade att upplevelsen av delaktighet vid överrapporteringstillfället är den enskildes ansvar.

*”Mår man inte riktigt bra, så orkar heller man heller inte vara så delaktig. Men det är ändå trevligt att det blir av.” (Intervjuperson 4)*

Flera av kvinnorna beskrev även att det dröjt flera dagar innan vårdpersonalen haft bedsiderapportering eller att den ibland uteblivit och att de på så sätt inte haft möjlighet till att medverka och vara delaktiga vid överrapporteringen

*”Det dröjde faktiskt flera dagar innan dom hade det med mig, nu kommer jag inte ihåg exakt hur många. En dag kom en barnmorska bara in till mig och sa: hejhej- vi har tänkt att vi skulle lämna över här i rummet idag. Så att dom har inte gjort det varje dag, det har dom inte gjort.” (Intervjuperson 3)*

### **Att inte veta sin roll**

De flesta av kvinnorna var vid rapporteringstillfället informerade om vad som skulle ske. En av kvinnorna berättade att hon inte upplevt sig ”riktigt medveten” vid första överrapporteringen då sonen vårdades på neonatalavdelningen. En annan av kvinnorna uppgav att hon vid första bedsiderapporten inte förstod vad som skedde eller vilken hennes roll var förrän rapporten var över.

*”... jag förstod inte riktigt vad det var... de var många, så började hon prata så här...hon sa inte att hon skulle rapportera utan hon kom bara in, de var tre stycken tror jag, fast det kändes som om man blev väldigt omhändertagen när dom kom in tre stycken. De började gå igenom min bakgrund och vad som hade hänt, så ställde de andra lite frågor. Man var ju med i diskussion, jag tyckte det kändes jättebra! Fast jag förstod inte riktigt varför de var här, vad de skulle göra” (Intervjuperson 2)*

### **Att få en otydlig roll som partner**

Partnerns roll belystes av kvinnorna. Partnerns medverkan och delaktighet i rapporten ansågs ha betydelse. Kvinnorna hade önskemål om att deras partner skulle blivit mer inbjudna i samtalet under rapporten för att kunna känna sig mer involverade.

*”Jag upplever... det är ju mig dom är mer intresserade av att fråga, pappan är ju helt borta. Det tycker jag är en av de negativa sakerna. Jag tycker att dom kan ta in pappan lite mer så att han känner sig delaktig, faktiskt. Det är ju faktiskt VÅRT barn, även om det är jag som ammar, så är det vårt barn.” (Intervjuperson 5)*

En av de intervjuade kvinnorna påpekade att partnern har ett eget ansvar till att medverka, vara delaktig och ta plats under rapporteringstillfället och på så sätt ha möjlighet till att kunna påverka.

*”Min man lyssnade mest, men han hade sagt till om det var något som inte stämde eller så.” (Intervjuperson 6)*

Kvinnorna nämnde att partnerns roll i bedsiderapporten kan ha flera olika syften. Ett syfte kan vara att flika in och fylla på när information saknas eller om kvinnan glömt bort vad det var hon skulle fråga om. Ett annat syfte kan vara att föra kvinnans talan om hon vid överrapporteringstillfället inte mår bra. Ett tredje syfte kan vara att vårdpersonalen efterfrågar partnerns upplevelser av saker och ting så som dennes syn på kvinnans mående.

*”Du som känner henne och ser henne varje dag, är hon blekare än vanligt? Tycker du att hon är som vanligt eller mer trött...? Så de skulle kunna säkerställa med honom. Vad tycker du?”*

(Intervjuperson 2)

Kvinnorna ansåg att om barnmorskorna bjöd in och involverade partnern i rapporten och i dialogen skulle det medföra att partnern kände sig mindre åsidosatt och i skymundan även om vården handlade om kvinnan och barnet. En av kvinnorna uttryckte:

*”Det är inte bara mamma och barn, utan faktiskt en hel familj man pratar om.”* (Intervjuperson 4)

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Som metod för datainsamling valdes att som första steg göra en pilotintervju. De två deltagande observationer som genomfördes kändes väsentliga för att dels få förståelse (Carlson, 2012) för hur bedsiderapporteringen gick till på den studerade enheten, men också för att erfarenhet av denna rapporteringsmodell saknades hos författarna. Observationerna bidrog till tillräcklig inblick inför datainsamling samt förklarar bedsiderapporten på ett enkelt sätt för personer som inte är insatta i rapporteringsmodellen. För att kunna studera bedsiderapportering fanns ett behov att beskriva vad den innebär i den aktuella vårdkontexten.

Som datainsamling för studien gjordes kvalitativa intervjuer då det var kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering som efterfrågades. Vid kvalitativa studier bedöms dess kvalitet utifrån validitet och överförbarhet. Med validitet menas studiens tillförlitlighet och innebär att författarna säkerställer att det studerade, i detta fall intervjuerna, har undersökt det som de var avsett att undersöka (Kvale, 1997). Hos författaren ska det finnas en strävan att vilja förstå eller få veta hur andra uppfattar ett ord eller en företeelse (Trost, 2010). Författarna har båda läst samtliga intervjuer enskilt, genomfört analysen gemensamt och diskuterat olika tolkningsmöjligheter, vilket ökar studiens validitet. Överförbarheten beskriver studiens möjlighet till att kunna överföra resultatet till andra sammanhang (Rosberg, 2012). Författarna anser att detta är möjligt då den studerade överrapporteringsmodellen skulle kunna implementeras på andra svenska BB-avdelningar, men att det också behövs ytterligare forskning om modellen inom barnafödande kontext.



Då detta fenomen inte tidigare studerats ansågs att kvalitativa intervjuer skulle vara den metod som bäst beskrev kvinnornas erfarenheter av rapporteringsmodellen och genererar ny kunskap. Författarnas egna erfarenheter av att intervjua var nästintill obefintliga. Genom att ställa enkla och raka frågor fick kvinnorna svara fritt om sina tankar och känslor av rapporten. Alla de intervjuade kvinnorna fick samma frågor ställda till sig men det fanns en variation av följdfrågor, så kallad semistrukturerad intervjuguide (Danielson, 2012). Frågorna var formulerade utifrån studiens syfte och tidigare forskning om bedsiderapportering i andra vårdkontext.

Gällande urvalet till studien fanns specifika inklusionskriterier. Några kvinnor som hade blivit tillfrågade om deltagande fick uteslutas eftersom de inte uppfyllde inklusionskriteriet att ha varit med om en bedsiderapport. Denna brist i kommunikationen gick att härleda till rådande arbetsbelastning. Målsättningen inför datainsamlingen var att det skulle finnas en variation bland kvinnorna gällande t ex diagnoser. Dock fanns det vid tiden för datainsamling ingen oförlöst kvinna som närvarat vid minst två bedside rapporteringar. Huruvida detta skulle påverkat resultatet är oklart, men det hade troligtvis tillfört viktig variation i data. En oförlöst kvinna med komplikation som vårdats en längre tid på avdelningen hade kanske inte uppskattat att dagligen få höra om sitt tillstånd och medverka vid överrapporteringen. Trots att ingen oförlöst kvinna intervjuades har det funnits en god variation i utsagor och resultatet beskriver de olika kvinnornas erfarenheter och upplevelser (Chekol, 2012). Innan intervjun påbörjades fick kvinnorna prata fritt om sin bakgrund och situation som ett sätt att lära känna varandra och få dem bekväma att dela med sig av sina erfarenheter.

Som analys för insamlad data användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Under analysprocessen har författarna kontinuerligt reflekterat och diskuterat de identifierade huvud- och underkategorierna för att säkerställa hur väl de överensstämmer med sitt innehåll (Elo & Kyngäs, 2007). För att presentera de bäst lämpade benämningarna av huvud- och underkategorier har författarna rådgjort med handledaren, vilket stärker deras trovärdighet (Henricson, 2012). Användning av citat i resultatbeskrivningen tydliggör de olika kategoriernas innebörd (Starrin & Renck, 1994).

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet framgår att de intervjuade kvinnorna tyckte att modellen bidrog till att de kände sig omhändertagna. Rapporteringsmodellen möjliggjorde också att kvinnorna kände att de kunde

medverka och uppleva delaktighet i rapporten. Genom bedsiderapporten erfor kvinnorna att de blev uppmärksammade, kände sig omhändertagna och trygga, att de oftast kände att de hade en roll vid överrapporteringen, att de var delaktiga men att det fanns en önskan om att låta partnern få bli mer involverad. Kvinnornas erfarenheter och beskrivningar bekräftar således tidigare gjorda studier på patienters upplevelser av bedsiderapport (Anderson & Mangino, 2006; Cahill, 1998; Chaboyer et al 2010; Chaboyer et al, 2009; McMurray et al, 2010; Lu et al, 2013; Timonen & Sihvonen, 2000).

Bedsiderapportens tillvägagångssätt och innehåll beskrevs av kvinnorna variera mellan de olika barnmorskorna. Dessa personrelaterade variationer bekräftas även av McMurray et al (2010) och Lu et al (2013). För flera av kvinnorna hade det dröjt flera dagar innan de medverkade vid en bedsiderapportering. Vilka faktorer som bidrog till dröjsmål av bedsiderapportering kan det endast spekuleras i. Kan det ha handlat om kvinnans tillstånd, arbetsbelastningen på avdelningen eller att överrapporteringsmodellen inte är tillräckligt inarbetad på avdelningen? Radtke (2013) beskriver att en förutsättning för att förändringar av detta slag ska kunna ske krävs att personalen blir stärkta och motiverade till att vilja förändra och förbättra. Tobiano, Chaboyer & McMurray (2012) förklarar att det vid övergång till bedsiderapport krävs ett ständigt förbättringsarbete för att tillgodose alla parternas behov och önskemål, att modellen anpassas till den verksamhet där den används samt att vårdpersonalen har kunskaper om hur modellen fungerar. Timonen & Sihvonen (2000) beskriver även att det är av vikt att vårdpersonalen vid verksamheter där bedsiderapport används informerar patienter och deras anhöriga om rapporteringsmodellen innan rapporten påbörjas så att alla involverade förstår dess funktion.

Kvinnorna beskriver att bedsiderapporten medförde att de fick en roll i överrapporteringen och kände sig på så sätt delaktiga. Under intervjuerna var det flera av kvinnorna som använde just ordet *delaktighet* för att beskriva vad överrapporteringsmodellen innebar för dem. Det är intressant att ett av de teoretiska begreppen som finns i bakgrunden ofta förekom spontant i intervjuerna utan att det efterfrågades. En förutsättning för att känna delaktighet är bland annat vårdrelationen. Lundgren & Berg (2007) beskriver att vårdrelationen mellan barnmorskan och kvinnan har en central roll under den barnafödande perioden. I resultatet berättar de intervjuade kvinnorna hur bedsiderapporten fick dem att känna sig delaktiga samt att den främjade deras relation till personalen, att de kände sig som att de var mer än bara en patient på ett rum. Att personalen under rapporteringstillfället visade intresse för kvinnornas egna tankar och känslor var betydelsefullt. Lundgren & Berg (2007) beskriver att vara delaktig har betydelse för

vårdrelationen och således kan antas att rapporteringsmodellen har en positiv medverkan till detta. Radtke (2013) skriver att bedsiderapporten är ett verktyg som kan förbättra vårdrelationen då modellen baseras på tillit, ett ömsesidigt förtroende, en öppen kommunikation och gemensamt uppsatta mål. Dialogen utgör en central del i vårdrelationen (Berg, 2010) och bedsiderapporten möjliggjorde enligt kvinnorna att alla involverade blev informerade, kunde komplettera och korrigera samt att diskussioner kunde föras. Kvinnorna beskrev att bedsiderapporten fick dem att känna sig trygga ur flera perspektiv. Dels genom den aktuella informationen men också genom mötet med vårdpersonalen. Att vara informerad innebär för kvinnan att få mer förståelse och kunna bli mer involverad (Lundgren & Berg, 2007).

I resultatet beskriver kvinnorna även hur de blivit bemötta under rapporteringstillfället och att det haft betydelse för deras upplevelser. Kvinnorna hade reflekterat över personalens bemötande och hade till största del positiva upplevelser av detta. Negativa erfarenheter relaterade till personalens bemötande var bland annat bristande öppenhet och stress. Under intervjuerna framkom det att personalen oftast stod vid rapporten. Som citatet beskriver hade en av kvinnorna reflekterat över denna situation. Även om hon inte kände att personalen tittade ner på henne hade det hos henne en känsla av att vara i underläge. Att personalen stod hade hos kvinnorna också upplevts stressande och skapat en känsla av att inte vilja vara i vägen. Cahill (1998) beskriver att hur vårdpersonalen beter sig under bedsiderapporten, och vilka signaler detta sänder, påverkar patienternas upplevelser av välbefinnande. Om det hos vårdpersonalen på den studerade enheten funnits en vetskap om vilka signaler deras kroppsspråk sändt hade de kunnat arbeta för att motverka de beskrivna känslorna hos kvinnorna. Genom att sätta sig ner bredvid kvinnan vid rapporteringstillfället kan personalen signalera att de tar sig tid, visar intresse och befinner sig på samma nivå som kvinnan då såväl verbal som ickeverbal kommunikation har betydelse för upplevelsen (Cahill, 1998).

På grund kvinnornas vistelse på den studerade BB-avdelningen och genom bedsiderapporten blev barnmorskorna en del av kvinnornas livsvärldar. Att ta del av livsvärlden innebär för barnmorskan att komma i kontakt med kvinnans upplevelser, erfarenheter och relationer (Berg, 2010). Den mest framträdande relationen i kvinnans livsvärld är oftast den till partnern. Under BB-vistelsen begränsas andra relationer och den sociala tillvaron minskar. För kvinnorna kan detta innebära att partnern får en ännu viktigare roll. Under intervjuerna framkom det att de hade önskat att vårdpersonalen i större utsträckning hade bjudit in partners vid rapporteringstillfället för att de skulle känna sig mer involverade. Hur anhöriga uppfattade att medverka vid bedsiderapport beskrivs av Tobiano et al (2012). Anhöriga beskrev att de blev

informerade och kunde informera själva samt klargöra och korrigera information. Bedsiderapporten bidrog också till att de under rapporten vågade ta plats och ställa egna frågor. De ansåg att de kunde vara en talesperson för patienten om denna inte mår väl vid rapporttillfället samt att de inte behövde söka upp personalen särskilt för att få information. Alla dessa delar ledde till att de kände sig inkluderade i rapporten och vården (Tobiano, 2012) vilket även kan antas ha betydelse för anhöriga på BB. Vidare såg de att rapporten hade många fördelar för patienten. I barnmorskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2006) står som tidigare nämnt att hänsyn skall tas till närståendes kunskaper, erfarenheter och önskemål. Genom bedsiderapporten ges barnmorskan en möjlighet till att tillvarata partners medverkan och upplevelse av delaktighet. Denna studie visar att det finns utvecklingspotential till att värna mer om anhörigas delaktighet vid överrapporteringsstillfället på den studerade enheten. I resultatet nämner kvinnorna att partners roll kan ha flera olika syften såsom att flika in och fylla på med information, föra kvinnans talan samt efterfråga mannens syn på kvinnans mående. De ansåg det därför önskvärt att bjuda in partnern så att denne också känner sig involverad. Under tiden för BB-vistelse arbetar vårdpersonalen för att se till varje familjs behov eller som en av de intervjuade kvinnorna nämnde det *”det är inte bara mamma och barn, utan faktiskt en hel familj man pratar om”*. Att då efterfråga partners tankar och åsikter ger ökade möjligheter för partners upplevelser av att ha en viktig funktion och känna delaktighet.

I huvudområdet för barnmorskan, reproduktiv och perinatal hälsa, framgår det att barnmorskan bland annat ska ha kunskaper om kvinnan vid barnafödande samt arbeta hälsofrämjande, behandlande, vårdande, stödjande och stärkande för kvinnan, barnet och familjen. Utifrån detta perspektiv anses resultatet av kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering främja kvinnans egna medverkan och påverkan på sin vård och således kan resultatets tillämpning knytas till och användas vid reproduktiv och perinatal hälsa.

## **KONKLUSION**

Kvinnorna beskrev överrapporteringsmodellen som generellt sett tillfredsställande, men pekade på möjligheter att höja kvaliteten gällande personalens bemötande såsom att sitta ner vid rapporteringstillfället och inte ifrågasätta kvinnors egen upplevelse av exempelvis amning. Rapporteringsmodellen förbättrade kvinnornas upplevelser av omhändertagande och delaktighet samt främjade relationen till barnmorskor och annan personal. Hos kvinnorna fanns dock en tydlig önskan om att låta partnern få bli mer involverad vid rapporteringstillfället så att partnern inte kände sig åsidosatt även om den direkta vården inte gavs dem.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Att använda en mall för hur rapporteringstillfället ska gå till kan medföra kontinuitet och trygghet både för de vårdade kvinnorna och personalen. Det är viktigt att informera både vårdade kvinnor och deras anhöriga om att avdelningen använder sig av bedsiderapportering vid eftermiddagens skiftbyte. Informationen bör ges så snart som möjligt efter att kvinnan anlärt till avdelningen, förslagsvis vid välkomstsamtal och i informationspärm. Involvera partnern vid bedsiderapporteringen, om möjligt sitt ner. För att underlätta detta kan stapelbara pallar finnas på patientrummen.

## REFERENSER

Anderson, C. & Mangino, R. (2006). Nurse Shift Report. Who Says You Can't Talk in Front of the Patient?. *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 112-122.

Berg, M. & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka. Vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Cahill, J. (1998). Patient's perceptions of bedside handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 1998;7, 351-359.

Carlson, E. (2012). Etnografi och deltagande observation. I: M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Chaboyer, W., McMurray, A. & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice*, 2010;16, 27-34.

Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M. & Chu, S. (2009). Bedside Handover; Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside". *Journal of nursing care quality*, 24:(2), 136-142.

Chekol, I-M. (2012). *Fenomenografi*. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I: M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eggland, T. & Heinemann, S., (1994). *Nursing documentation: Charting, recording and reporting*. Philadelphia: JB Lippincott.

Elo, S & Kyngäs, H., (2007). JAN Research Methodology. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.

EPN (2014). *Etikprövningsnämnderna*. Hämtad 2014-01-30 från <http://www.epn.se>.

Eriksson, K. (1996). Om dokumentation- vad den är och vad den inte är. I: K. Dahlberg (Red.), *Konsten att dokumentera omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). *Kvalitativ design*. I: M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur: Lund

Jonsson, H., Heuchemer, B. & Josephsson, S. (2012) *Narrativ analys*. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

KPO (2014) Personlig kommunikation med A. Dahlberg 2014-01-08.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.

Lu, S., Kerr, D. & McKinlay, I. (2013). Bedside nursing handover: Patient's opinions. *International Journal of Nursing Practice*. 1-9.

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-women relationship. *Nordic College of Caring Science*. 21; 220-228.

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J. & Gehrke, T. (2010). Patients' perspective of bedside nursing handover. *Collegian*, 18, 19-26.

Nilsson, B., Waldemarsson, A-K. (2007). *Kommunikation, samspel mellan människor*. Poland: Studentlitteratur

Radtke, K., (2013). Improving Patient Satisfaction With Nursing Communication Using Bedside Shift Report. *Clinical Nurse Specialist*. January/February 2013. 19-25.

Rosberg, S. (2012). *Fenomenologi*. I. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. (Uppdaterad 2013:1141). Hämtad 2014-01-30 från <http://www.riksdagen.se>.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. (Uppdaterad 2010:1969). Hämtad 2014-01-30 från <http://riksdagen.se>.

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2014-01-30 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1\\_20061051.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf)

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I: P-G. Svensson & B. Starrin. *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (sid 52-78). Lund: Studentlitteratur.

Sveriges kommuner och landsting (2013). Hämtat 2013-12-18 från [http://www.sk1.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar\\_minskar\\_risker\\_i\\_varde\\_n](http://www.sk1.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varde_n).

Timonen, L. & Sihvonen, M. (2000). Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *Journal of Clinical Nursing*. 2000; 9, 542-548.

Tobiano, G., Chaboyer, W. & McMurray, A. (2012). Family members`perceptions of nursing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 192-200.

Trost, J., (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vårdfokus-tidning för Vårdförbundet (2013). Överlämning hos patienten. Nummer 2.



## **BILAGOR**



# **GÖTEBORGS UNIVERSITET**

## **Bilaga 1: Till vårdenhetschef**

### **Förfrågan om forskningsintervjuer och observationer med patienter**

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete på magisternivå (15 hp) i ämnet reproduktiv och perinatal hälsa. I uppsatsen avser vi att undersöka kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering under tiden de vårdas vid specialobstetrisk BB-avdelning. Vi ämnar först genomföra en förstudie under våren 2014, vilket innebär 2-3 deltagarobservationer samt två intervjuer. Därefter kommer ytterligare 4-5 intervjuer att genomföras. Vi önskar även att kunna ta del av patientdata genom barnmorskor på avdelningen för att kunna få en variation av intervjupersoner vad gäller vårdtid, diagnos samt oförlösta/förlösta. Studien vänder sig till kvinnor som vårdas på specialobstetrisk BB-avdelning och som deltagit vid minst två bedsideöversrapporteringar. Med detta brev tillfrågar vi Dig om godkännande att genomföra studien på den specialobstetriska BB-avdelningen.

### **Studiens bakgrund och syfte**

Bedsiderapportering är en översrapporteringsmodell mellan kollegor i vilken patienten är delaktig. På Special-BB infördes denna översrapporteringsmodell för drygt 9 månader sedan. Modellen finns studerad inom andra vårdkontexter och med sjuksköterskor, men det finns inga studier om kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering av inom vård vid komplicerat barnafödande. Därav finns det ett behov att studera bedsiderapportering för att få ökad kunskap om hur kvinnor erfar rapporteringsmodellen. Studiens syfte är således att beskriva kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning.

## Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda patienter efter informerat samtycke. Beräknad tid för intervjuerna är cirka 45 minuter och kommer att genomföras på enheten i ett ostört rum. Intervjun kommer att spelas in och därefter skrivs ut ordagrant. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör forskningspersonernas erfarenheter av bedsiderapportering. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. De deltagarobservationer som ämnas genomföras innebär att vi studerar hur rapporteringstillfället går till samt för korta anteckningar under tiden. Den information som samlas vid deltagarobservationerna kommer att användas i studiens bakgrund för att beskriva hur rapporten går till och därefter förstöras. Endast vi som genomför studien samt ansvarig handledare kommer att ha tillgång till datamaterialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och patienten kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet. För ytterligare frågor och information om studien kan kontakt tas med nedan angivna personer.

## Ansvariga för studien

Carolina Ekberg

Leg. Sjuksköterska

Tel: xxxxxxxxxx  
gusekbeca@student.gu.se

Annelie Carlberg

Leg. Sjuksköterska

Tel: xxxxxxxxxx  
guscarlban@student.gu.se

Handledare:

Christina Nilsson

Barnmorska, fil dr, Post doc

Institutionen för

vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid

Göteborgs Universitet

Tel: xxxxxxxxxx

christina.nilsson@gu.se



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

**Samtycke till utförande av studie *Kvinnors erfarenheter av  
bedsiderapportering vid en specialobstetrisk  
BB-avdelning***

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

---

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

## **Bilaga 2: Information till barnmorska om observation i studien**

### ***Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning***

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete på magisternivå (15 hp) i ämnet reproduktiv och perinatal hälsa.

Bedsiderapportering är en överrapporteringsmodell mellan sjuksköterskor i vilken patienten är delaktig. Modellen finns studerad inom andra vårdssammanhang men det finns inga studier om kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering inom vård vid komplicerat barnafödande. Därav finns det ett behov att studera området för att få ökad kunskap om hur kvinnor erfar rapporteringsmodellen. Studiens syfte är att beskriva kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid specialobstetrisk BB-avdelning. Studien vänder sig till kvinnor som vårdas på specialobstetrisk BB-avdelning. Vi har fått ditt namn från en avdelningens sektionsledare.

### **Du tillfrågas härmed om Du vill delta i denna studie**

#### **Ditt deltagande innebär följande:**

Om Du är intresserad av att delta ber vi Dig att så snart som möjligt meddela detta till din sektionsledare. Du kommer sedan att bli kontaktad av Carolina Ekberg & Annelie Carlberg för att få ytterligare information om studien och svar på de eventuella frågor Du har. Vid observationstillfället kommer du även att få lämna ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Observationen kommer att pågå under tiden för barnmorskornas rapporttillfälle under skiftbytet på eftermiddagen. Under observationstillfället kommer korta noteringar att skrivas ned för att kunna beskriva i text om rapportens tillvägagångssätt.

Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att behöva ange varför. Ditt arbete kommer inte att på något sätt påverkas av om du väljer att delta eller inte. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Ekonomisk ersättning kommer inte att utgå. Endast vi som genomför studien samt ansvarig handledare kommer att ha tillgång till datamaterialet. Dina uppgifter och svar hanteras enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) och kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av den. Resultatet av studien kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Barnmorskeutbildningen/Göteborgs Universitet. För att säkerställa att Du inte kan

identifieras i det resultat som presenteras så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias så att det inte framgår vem som deltagit i studien.

### Ansvariga för studien

Carolina Ekberg

Annelie Carlberg

Handledare:

Christina Nilsson

Leg. Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Barnmorska, fil dr, Post doc

Institutionen för

vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid

Göteborgs Universitet

Tel: xxxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxxxxxx

Tel:xxxxxxxxxxx

gusekbeca@student.gu.se

guscarlban@student.gu.se

christina.nilsson@gu.se

**Samtycke till utförande av studie *Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning***

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående studien. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att deltaga vid observationstillfället

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

### **Bilaga 3: Information till patient om observation i studien**

#### ***Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning***

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete på magisternivå (15 hp) i ämnet reproduktiv och perinatal hälsa.

Bedsiderapportering är en överrapporteringsmodell mellan sjuksköterskor i vilken patienten är delaktig. Modellen finns studerad inom andra vårdsammanhang men det finns inga studier om kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering inom vård vid komplicerat barnafödande. Därav finns det ett behov att studera området för att få ökad kunskap om hur kvinnor erfar rapporteringsmodellen. Studiens syfte är att beskriva kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid specialobstetrisk BB-avdelning. Studien vänder sig till kvinnor som vårdas på specialobstetrisk BB-avdelning. Vi har fått ditt namn från avdelningens barnmorskor.

#### **Du tillfrågas härmed om Du vill delta i denna studie**

##### **Ditt deltagande innebär följande:**

Om Du är intresserad av att delta ber vi Dig att så snart som möjligt meddela din barnmorska. Du kommer sedan att bli kontaktad av Carolina Ekberg & Annelie Carlberg för att få ytterligare information om studien och svar på de eventuella frågor Du har. Vid observationstillfället kommer du även att få lämna ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Observationen kommer att pågå under tiden för barnmorskornas rapporttillfälle under skiftbytet på eftermiddagen. Under observationstillfället kommer korta noteringar att skrivas ned för att kunna beskriva i text om rapportens tillvägagångssätt.

Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att behöva ange varför. Din vård kommer inte att på något sätt påverkas av om du väljer att delta eller inte. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Ekonomisk ersättning kommer inte att utgå. Endast vi som genomför studien samt ansvarig handledare kommer att ha tillgång till datamaterialet. Dina uppgifter och svar hanteras enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) och kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av den. Resultatet av studien kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Barnmorskeutbildningen/Göteborgs Universitet. För att säkerställa att Du inte kan

identifieras i det resultat som presenteras så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias så att det inte framgår vem som deltagit i studien.

### Ansvariga för studien

Carolina Ekberg

Annelie Carlberg

Handledare:

Christina Nilsson

Leg. Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Barnmorska, fil dr, Post doc

Institutionen för

vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid

Göteborgs Universitet

Tel: xxxxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxxxxxxx

Tel:xxxxxxxxxxxx

gusekbeca@student.gu.se

guscarlban@student.gu.se

christina.nilsson@gu.se



**Samtycke till utförande av studie *Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning***

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående studien. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att deltaga vid observationstillfället

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

## **Bilaga 4: Information till intervjupersoner om studien**

### ***Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning***

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete på magisternivå (15 hp) i ämnet reproduktiv och perinatal hälsa.

Bedsiderapportering är en överrapporteringsmodell mellan sjuksköterskor i vilken patienten är delaktig. Modellen finns studerad inom andra vårdsammanhang men det finns inga studier om kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering inom vård vid komplicerat barnafödande. Därav finns det ett behov att studera området för att få ökad kunskap om hur kvinnor erfar rapporteringsmodellen. Studiens syfte är att beskriva kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid specialobstetrisk BB-avdelning. Studien vänder sig till kvinnor som vårdas på specialobstetrisk BB-avdelning och som deltagit vid minst två bedside överrapporteringar. Vi har fått ditt namn från avdelningens barnmorskor.

### **Du tillfrågas härmed om Du vill delta i denna studie**

#### **Ditt deltagande innebär följande:**

Om Du är intresserad av att delta ber vi Dig att så snart som möjligt meddela din barnmorska. Du kommer sedan att bli kontaktad av Carolina Ekberg & Annelie Carlberg för att få ytterligare information om studien och svar på de eventuella frågor Du har. Vid intervjutillfället kommer du även att få lämna ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Intervjun kommer att pågå ca 45 minuter och kommer att genomföras på i ett enskilt rum. Den kommer att bestå av frågor som berör Dina erfarenheter av bedsiderapportering. Intervjun kommer att spelas in och därefter skrivas ut ordagrant.

Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att behöva ange varför. Din vård kommer inte att på något sätt påverkas av om du väljer att delta eller inte. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Om intervjun väcker tankar och känslor och ett behov att prata mer kommer vi att förmedla detta till din ansvariga barnmorska på avdelningen. Ekonomisk ersättning kommer inte att utgå. Endast vi som genomför studien samt ansvarig handledare kommer att ha tillgång till datamaterialet. Dina uppgifter och svar hanteras enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) och kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del

av den. Resultatet av studien kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Barnmorskeutbildningen/Göteborgs Universitet. För att säkerställa att Du inte kan identifieras i det resultat som presenteras så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias så att det inte framgår vem som deltagit i studien.

### Ansvariga för studien

Carolina Ekberg

Annelie Carlberg

Handledare:

Christina Nilsson

Leg. Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Barnmorska, fil dr, Post doc

Institutionen för

vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid

Göteborgs Universitet

Tel: xxxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxxxxxx

gusekbeca@student.gu.se

guscarlban@student.gu.se

christina.nilsson@gu.se

**Samtycke till utförande av studie *Kvinnors erfarenheter av bedsiderapportering vid en specialobstetrisk BB-avdelning***

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående studien. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---