



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

JA, VISST GÖR DET ONT NÄR RUTINER BRISTER

Barnmorskors erfarenhet av att följa upp
förlossningsbristning

Kajsa Rydström & Maria Sjögren

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	RPH100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Helena Dahlberg
Examinator:	Carina Sparud-Lundin

Titel (svensk):	Ja, visst gör det ont när rutiner brister – barnmorskors upplevelse av att följa upp förlossningsbristning
Titel (engelsk):	Yes, of course it hurts when routines are breaking – midwives' experience of following up vaginal tears after childbirth
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	RPH100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Helena Dahlberg
Examinator:	Carina Sparud-Lundin
Nyckelord:	Förlossningsbristning, uppföljning, barnmorska, hänvisning

Sammanfattning

Bakgrund: Förlossningsbristningar är vanligt förekommande i samband med vaginal förlossning. Bristningarna kan variera i omfattning och ge den drabbade kvinnan efterföljande besvär. De flesta landsting erbjuder ett uppföljningsprogram till kvinnor som drabbats av en bristning grad III-IV medan kvinnor med bristning av grad I-II hänvisas till eftervårdsbesöket hos barnmorska som ingår i mödrahälsovårdens basprogram.

Syfte: Att undersöka barnmorskors erfarenhet av att följa upp förlossningsbristning vid eftervårdsbesök.

Metod: Kvalitativ intervjustudie av sex barnmorskor vid barnmorskemottagning, med efterkontroll som arbetsuppgift. Analys av data enligt Elo och Kyngäs metod för kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I studien framkom elva kategorier som delades in i huvudkategorierna *Förvaltare av kvinnans rätt till hälsa*, *Otillräckliga förutsättningar*, *Behov av struktur* samt *Ytterligare uppföljning*. Uppföljning av förlossningsbristning uppfattades vara en viktig uppgift då det påverkar kvinnans framtida hälsa. Barnmorskorna upplevde sig inte ha kunskap och förutsättningar att utföra den på ett patientsäkert sätt. Det tycktes därtill föreligga en brist på tillfredställande hänvisningsmöjligheter för de kvinnor som är i behov av expertbedömning. Vart kvinnan uppmanas vända sig är beroende av den barnmorska som hänvisar. Barnmorskorna uppgav att de saknar återkoppling, något som skulle kunna addera till den egna yrkesutvecklingen. Sammantaget finns en risk att patienter i behov av hjälp inte erhåller den vård som de behöver. Att media uppmärksammat ämnet på senare tid trodde barnmorskorna medfört att det aktualiserats även inom barnmorskekåren.

Slutsats: Det föreligger en upplevd kompetensbrist hos barnmorskor när det gäller att följa upp förlossningsbristningar och en avsaknad av struktur för att hänvisa vidare. Det finns ett önskemål om en sammanhållen vårdkedja med möjlighet till tvärprofessionell kunskapsöverföring liksom ett behov av kompetensinventering i verksamheterna.

Abstract (engelska)

Background: Vaginal tears during childbirth is a common phenomenon. They can vary in magnitude and lead to subsequent inconvenience for the affected women. Most regions in Sweden offer a multi professional follow-up programme for women with third- and fourth-degree tears while women with first- and second degree tears are dependent on the follow-up visit included in the maternal health care package offered by the midwife at an outpatient unit.

Objective: To examine midwives' experience of following up vaginal tears caused by childbirth at the follow-up visit.

Method: A qualitative interview study. A total of six registered midwives at midwifery-led outpatient units were included. Qualitative content analysis as described by Elo and Kyngäs was used for analysis of data.

Results: The study revealed eleven categories that were ordered into four main categories: *Guardian of women's right to health, Insufficient presuppositions, Need of structure, Further referral*. Midwives considered the following up of vaginal tears to be an important work task since it influences the future health of the affected women. The midwives did not feel they have the necessary knowledge and the tools to carry out this part of their responsibility in a patient safe manner. Furthermore, there seems to be a lack of appropriate places to refer patients in need of an expert opinion. It is dependent on the individual midwife where patients are referred to. Midwives expressed that there is a lack of feedback on the outcome following the referral. This feedback could contribute to their professional development. Cumulatively this can result in patients in need of help not receiving the care that they require.

Conclusion: Midwives experience a lack of competence regarding following up vaginal tears after childbirth as well as an absence of guidelines for referral. There is a wish for a cohesive chain of care with a possibility for a cross-professional knowledge exchange. As well as a need for competence inventory within the midwifery led units.

Förord

Stort tack till de barnmorskor som ställt upp för intervju och möjliggjort denna studie. Tack till vår handledare Helena Dahlberg för värdefulla synpunkter och vägledning under arbetet med denna uppsats.

Göteborg, december 2017

Kajsa Rydström & Maria Sjögren

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Förlossningsbristningar	1
Akut handläggning av förlossningsbristning.....	2
Följder av förlossningsbristning	3
Barnmorskans kompetensområde inom mödrahälsovården.....	4
Mödrahälsovården i Sverige	4
Uppföljning efter förlossning	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Urval	7
Datainsamling.....	7
Analys av data	8
Förförståelse	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Förvaltare av kvinnans rätt till hälsa.....	11
Upplevelse av att vara kvinnans advokat.....	11
Känsla av övermäktiga förväntningar.....	12
En bortglömd patientgrupp	12
Otillräckliga förutsättningar	12
Det ligger i tiden	13
Upplevd kunskapsbrist.....	13
Utbildningsbehov	14
Det kräver en eldsjäl	14
Behov av struktur.....	15
Behov av tydliga riktlinjer	15
Kompetens på rätt plats.....	15
Ytterligare uppföljning	16
Diskongruent hänvisning	16

Återkoppling främjar kompetensöverföring	17
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Barnmorskans vårdande och stödjande funktion	19
Upplevd kompetensbrist	20
Förbättringspotential	21
Slutsats	22
Referenslista	23
Bilaga 1	26
Bilaga 2	28
Bilaga 3	31

Inledning

Förlossningsbristningar är vanligt förekommande i samband med vaginal förlossning. De kan variera i omfattning och ge den drabbade kvinnan olika former av efterföljande besvär. Förlossningsbristningar klassificeras grad I-IV. Barnmorskor är utbildade i att bedöma och suturera förlossningsbristningar av grad I och II. Komplicerade förlossningsbristningar grad I-II eller förlossningsbristningar som engagerar analsfinktermuskeln, det vill säga grad III-IV, sutureras av läkare. De flesta landsting erbjuder ett särskilt uppföljningsprogram till de kvinnor som drabbats av en bristning grad III-IV medan kvinnor med bristning av grad I-II hänvisas till eftervårdsbesöket som ingår i mödrahälsovårdens basprogram. Idén till denna studie väcktes av författarnas personliga erfarenhet av den verksamhetsförlagda utbildningen vid barnmorskemottagning. Där upplevde författarna till föreliggande studie att innehållet och strukturen för uppföljning av förlossningsbristning skiljde sig åt mellan olika barnmorskor samt att det hos vissa barnmorskor verkade finnas en osäkerhet inför denna arbetsuppgift.

Bakgrund

Kvinnans bäckenbotten är en komplex tredimensionell struktur bestående av muskler och bindväv (Sundström Poromaa, 2015). En graviditet och en vaginal förlossning innebär stor påfrestning på bäckenbottens mjukdelar, både i form av uttänjning och eventuella bristningar som uppstår i samband med barnets framfödande (a.a.). Bäckenbotten spelar en viktig roll för förmågan att hålla urin (Fianu Jonasson & Falconer, 2015). En tillfällig urininkontinens efter en förlossning kan ibland avhjälpas genom bäckenbottenträning (a.a.) och alla kvinnor som genomgått en förlossning uppmanas att påbörja bäckenbottenträning så snart som möjligt efter förlossningen i syfte att behandla urinläckage och förebygga inkontinens senare i livet (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2016).

Förlossningsbristningar

Att kvinnor drabbas av en vävnadsskada i underlivet i samband med en vaginal förlossning är vanligt förekommande (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2016; Woodman & Graney, 2002; Morris, Berg & Dencker, 2013). Bristningar i bäckenbotten som uppkommit i samband med vaginal förlossning indelas i olika grader beroende på omfattning. Graderingen illustreras i tabell 1.

Tabell 1

Gradering	Vävnadsengagemang
Grad I	Slemhinna
Grad II	Perinealmuskulatur
Grad III a	Involvering av externa analsfinktern
Grad III b	Involvering av mer än halva av externa sfinktern
Grad III c	Involvering av hela externa sfinktern samt involvering av interna sfinktern
Grad IV	Skada på hela externa och interna sfinktern samt ruptur av analslemhinnan

(Zetterström, 2014)

Bristningar av grad I och II är mest vanligt förekommande, medan bristningar av grad III-IV är mer ovanligt (Morris, Berg & Dencker, 2013). Statistik över hur många förlösta kvinnor i Sverige som drabbas av en bristning grad I-II saknas, då endast bristningar av grad III och IV registerförs. En studie utförd i England, som citeras flitigt i vetenskaplig litteratur gör dock gällande att 85 % av kvinnor som föder barn vaginalt drabbas av en bristning (Albers, Garcia, Renfrew, McCandlish & Elbourne, 1999). Under år 2013 drabbades 6,2 % av alla förstföderskor i Sverige av en förlossningsbristning grad III-IV och motsvarande siffra för omföderskor var 1,7 % (Socialstyrelsen, 2014). Risken att drabbas av en förlossningsbristning är större vid den första vaginala förlossningen, barnvikt över 4000 gram, vid könsstympning, om kvinnan vid tidigare förlossning fått en förlossningsbristning, avvikande fosterbjudning, förlängt utdrivningsskede eller om förlossningen avslutas med sugklocka eller tång (Webb, Sherburn & Ismail, 2014). En iatrogen vävnadsskada som kan uppkomma i samband med vaginal förlossning är en kirurgisk skada efter så kallad episiotomi, då barnmorska eller förlossningsläkare lägger ett klipp i kanten av slidöppningen i syfte att förkorta förlossningsförloppet (Woodman & Graney, 2002).

Akut handläggning av förlossningsbristning

Den initiala kliniska diagnosticeringen av en förlossningsbristning utförs av en barnmorska på förlossningsrummet som genom okulärbesiktning av underlivet samt vaginal och anal palpation bildar sig en uppfattning som underbygger bedömningen av nödvändig åtgärd (SFOG, 2016). Vid behov konsulteras barnmorskekollega eller obstetiker. Bristningens omfattning samt utförd åtgärd dokumenteras sedan elektroniskt av barnmorskan; både i form av kryssfrågor med förbestämda svarsalternativ samt i löpande journaltext. Suturering av grad I och grad II-bristning utförs av barnmorska inne på förlossningssalen medan en bristning av grad III eller grad IV sutureras av obstetiker på operationssal. I förekommande fall sutureras även mer omfattande grad II-bristningar av förlossningsläkare (Zetterström, 2014; SFOG, 2016).

Följder av förlossningsbristning

En förlossningsbristning som uppkommit under en vaginal förlossning kan leda till långvariga besvär av både fysisk och psykisk art som kan påverka livskvaliteten negativt (Sundquist, 2012; O'Reilly, Peters, Beale & Jackson, 2009; Williams, Herron-Marx & Carolyn, 2007; Way, 2012). Kvarstående skador på mekanismerna som styr urin- och faeceskontinens kan uppkomma vid alla typer av bristningar (Sundquist, 2012; Williams, Herron-Marx & Carolyn, 2007). Dessa skador kan enligt Sundquist (2012) leda till långvariga underlivsbesvär som kan påverka den upplevda hälsan i negativ riktning. Analinkontinens eller andra defekationsbesvär var de problem som rapporterades ha störst inverkan på välbefinnandet och aktiviteterna i det dagliga livet trots att gas- och urininkontinens var de mest vanligt förekommande formerna av inkontinens (a.a.). Sundquist (2012) beskriver att instrumentell förlossning, undantaget sectio, visade sig leda till mer långvariga besvär och slog fast att en vaginal förlossning i sig utgjorde den största risken för att drabbas av kvarvarande men.

Efter en vaginal förlossning är det vanligt förekommande att kvinnan drabbas av kvarstående smärtor, oavsett vilken grad av bristning hon råkat ut för (Paterson, Davis, Khalifé, Amsel & Binik, 2009). Denna typ av perineal smärta verkar hämmande på daglig fysisk aktivitet, sysslor i hemmet, samliv samt arbetsförmåga (Way, 2012). Kvinnorna som drabbas är ofta inte förberedda på att denna typ av smärta kan uppkomma och de kan sakna strategier för att klara av sitt dagliga liv (a.a.). Samlivsbesvär förekommer också som en direkt följd av förlossningsbristning oavsett grad (Sundquist, 2012; Rådestad, Olsson, Nissen & Rubertsson, 2008). Rådestad et al. (2008) visar att kvinnor som drabbas av någon form av bristning i samband med vaginal förlossning återgår till det habituella sexuella samlivet med sin partner senare än de som inte får någon bristning. Durnea et al. (2017) nämner organprolaps som ett besvärligt sequele härrörande från vaginal förlossning och framhåller att risken för organprolaps är som störst då förlossningen avslutats instrumentellt med tång eller sugklocka. Van Delft, Thakar, Sultan, Schwertner-Tiepelmann och Kluivers (2014) framhåller prolaps av levator ani-muskeln som en icke betydelselös rest från vaginal förlossning vilken kan spela en stor roll för framtida sexuallivs- och inkontinensbekymmer.

Sundquist (2012) lyfter en misstanke om att det finns ett mörkertal med missade analsfinkterskador hos kvinnor som diagnosticerats med en bristning av lägre grad eftersom denna grupp av kvinnor rapporterar likartade besvär som gruppen med konstaterad analsfinkterskada. Farhågan rörande möjlig feldiagnostisering delas av Williams, Herron-Marx & Carolyn (2007) som rapporterar att även kvinnor med till synes intakt perinealkropp kan lida av bestående besvär efter sin förlossning. Långvariga besvär associerade med nerv och vävnadsskador i underlivet och bäckenregionen kan även drabba kvinnor som genomgått en vaginal förlossning där vävnaden till synes inte har brustit (Williams, Herron-Marx & Carolyn 2007). Durnea et al. (2017) undersökte vilka faktorer som predisponerar för bestående men efter vaginal förlossning och uppdagade att de kvinnor som led av

underlivsrelaterade besvär redan innan sin förlossning löpte störst risk för att drabbas av kvarstående men.

Förutom fysiska besvär riskerar kvinnor som drabbats av en förlossningsbristning även att lida psykiska men och drabbas av depressiva symtom som är direkt kopplade till underlivsskadan (Priddis, Schmied & Dahlen, 2014; O'Reilly, Peters, Beale & Jackson, 2009). Detta kan leda till social isolering och en känsla av värdelöshet, att känna sig oattraktiv och främmande inför sin nya kropp vilket i sin tur kan bidra till rädsla för intimitet och en devalvering av sitt värde som person och mamma (O'Reilly et al., 2009). Priddis, Schmied och Dahlen (2014) redovisar i en systematisk litteraturoversikt olika psykologiska effekter som en förlossningsbristning kan orsaka; exempelvis att behöva anpassa sitt liv efter nya premisser och att känna sig sårbar. Fysiska konsekvenser, som att inte kunna sitta ordentligt eller åka bil på grund av smärtan, beskrevs som faktorer med inverkan på det psykiska måendet. I en studie av Webb et al. (2008) såg man en korrelation mellan förlossningsbristningens storlek och graden av psykiska besvär, där en större bristning samvarierade med ett större psykiskt lidande.

Barnmorskans kompetensområde inom mödrahälsovården

I *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska* (Socialstyrelsen, 2006) slås fast att barnmorskan självständigt ska kunna handlägga normal graviditet, förlossning och eftervård vilket innefattar uppföljning av förlossningsbristning. Barnmorskan ska kunna genomföra en gynekologisk undersökning inom barnmorskans kompetensområde samt identifiera och aktivt arbeta för att förebygga hälsorisker, exempelvis genom att upptäcka symtom som tyder på besvär efter vaginal förlossning. Barnmorskans arbete inom huvudområdet reproduktiv och perinatal hälsa skall präglas av ett etiskt förhållningssätt och utföras på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF] 2014). Vården som barnmorskan tillhandahåller skall dessutom vara patientinkluderande med holistiskt avstamp där individuella önskemål beaktas (a.a.).

Mödrahälsovården i Sverige

Mödrahälsovård är en frivillig vårdform vars uppdrag är att arbeta proaktivt med hälsofrämjande arbete för att bevara sexuell och reproduktiv hälsa (SFOG, 2016). Varje landsting har ett enskilt ansvar för att organisera den mödrahälsovård som bedrivs och i varje landsting finns ett vårdprogram baserat på nationella rekommendationer (a.a.).

Vid inskrivning på barnmorskemottagning gör barnmorskan en bedömning av den gravida kvinnans hälsa, anamnes samt hereditet för olika tillstånd och sjukdomar (SFOG, 2016). Denna bedömning ligger till grund för planering av vården under graviditet och puerperium.

Om inga risktillstånd förekommer eller tillstöter erhåller kvinnan vård enligt det medicinska basprogrammet, i annat fall görs en individuell planering av vården (a.a.).

Uppföljning efter förlossning

I det Medicinska basprogrammet ingår ett erbjudande om eftervårdsbesök sex till tolv veckor post partum. Tiden som är avsatt till detta besök uppgår till 60 minuter (SFOG, 2016). På denna tid skall följande delar avhandlas:

- Samtal om kvinnans och partners förlossningsupplevelse
- Uppföljning av samtal om levnadsvanor; tobak, läkemedel, alkohol, kost och fysisk aktivitet
- Erbjudande om antikonceptionsrådgivning
- Erbjudande om gynekologisk undersökning
- Mätning av blodtryck, Hb, vikt, urinprov samt graviditetstest vid behov
- Amningsstöd
- Utvärdering av psykiskt hälsotillstånd (SFOG, 2016)

Gynekologisk undersökning i samband med eftervårdsbesök skall inkludera inspektion av underlivets slemhinnor, bristning som uppkommit i samband med förlossningen, bedömning av bäckenbottens beskaffenhet samt utvärdering av kvinnans knipförmåga. I tillägg till detta skall samtal om inkontinensbesvär och sexuella problem samt instruktioner om träning av bäckenbottens muskulatur ingå (SFOG, 2016).

I kartläggningen *Vård efter förlossning* (Socialstyrelsen, 2017) konstateras att de flesta landsting har särskilda uppföljningsprogram för de kvinnor som drabbats av en förlossningsbristning grad III-IV. I ett fåtal landsting inkluderas även de kvinnor som bedöms ha fått en mer omfattande bristning av grad II i dessa uppföljningsprogram. Uppföljningsprogrammen innebär besök hos läkare och ibland även hos fysioterapeut. De kvinnor som fått en förlossningsbristning grad I-II är hänvisade till uppföljning i samband med eftervårdsbesök på barnmorskemottagning. I Socialstyrelsens (2017) kartläggning framkommer att 68 % av landets samordningsbarnmorskor bedömer att det finns ett behov av förbättring gällande mödrahälsovårdens roll i att handlägga och identifiera besvär till följd av förlossningsbristning. Flera samordningsbarnmorskor anser även att barnmorskorna inom mödrahälsovården behöver utbildning och mer kunskap i att identifiera och handlägga förlossningsskador samt bedöma bäckenbottens muskulatur (a.a.)

Webb et al. (2008) framhåller vikten av en strukturerad handläggning av fysiska såväl som psykiska symtom under första året post partum, oberoende av förekomst eller omfattning av förlossningsbristning, som en viktig faktor i en god eftervård. Webb et al. (2014) understryker att adekvata öppna frågor om upplevelse av läkning, funktion och komfort i bäckenbotten

skall ställas i samband med eftervårdsbesöket för att säkra att dessa ämnen inte förbises. I en studie av O'Reilly et al. (2009) framkom att kvinnor med bäckenbottenbesvär efter vaginal förlossning kände ett behov av utökad uppföljning.

Problemformulering

Kvalitetskontrollerad och säker hälso- och sjukvård är en grundläggande trygghet som kvinnor som genomgår en graviditet och förlossning i Sverige har lagstadgad rätt till. Kvinnor som drabbas av en förlossningsbristning grad III-IV erhåller nästan genomgående en strukturerad uppföljning, medan de kvinnor som drabbats av en bristning grad I-II hänvisas till eftervårdsbesöket hos barnmorska på barnmorskemottagning. Socialstyrelsen (2017) anser att det föreligger ett utbildningsbehov för barnmorskor inom mödrahälsovården när det gäller att bedöma bäckenbottens muskulatur samt att identifiera och handlägga förlossningsskador. Socialstyrelsen (2017) har vidare påvisat att det finns en diskrepans i vad som ingår i uppföljningen av förlossningsbristning hos barnmorska på barnmorskemottagning, beroende på var i landet uppföljningen sker. Detta tyder på att SFOG:s riktlinjer ej är implementerade i verksamheterna, vilket i förlängningen betyder att varje enskild barnmorska potentiellt handlägger uppföljning av förlossningsbristning olika. Med denna studie önskar författarna undersöka barnmorskors upplevelse av att följa upp förlossningsbristning vid eftervårdsbesök. På detta område är i dagsläget det vetenskapliga underlaget skalt.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors erfarenhet av att följa upp förlossningsbristning vid eftervårdsbesök.

Metod

Samtal är ett vedertaget tillvägagångssätt för att skaffa fram systematisk kunskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Då syftet med föreliggande studie var att undersöka och beskriva personers erfarenhet av ett fenomen valdes kvalitativ intervjumetod som design för studien. Denna metod kan enligt Kvale och Brinkman (2009) användas för att erhålla förståelse för informanternas levda värld samt låta deras berättelser efter systematiskt analysarbete komma till uttryck som vetenskap. En induktiv ansats valdes då en initial litteratursökning avslöjade en brist på kunskap inom området. Det mesta av materialet som ackumulerades under litteraturgenomgången avhandlade upplevelser av att leva med olika men efter en

förlossningsbristning, medan undersökningar som syftade till att beskriva barnmorskors erfarenhet av att handlägga uppföljning av förlossningsbristningar saknades.

Urval

För att rekrytera informanter till föreliggande studie eftersträvades ett strategiskt urval. För studien stipulerades följande inklusionskriterier: undersökningsspersonen skulle vara legitimerad barnmorska, arbeta vid en barnmorskemottagning samt handlägga eftervårdsbesök som en del i sina arbetsuppgifter. Författarna till denna studie valde att inkludera deltagare oavsett hur länge de varit verksamma i yrket, för att fånga eventuell spridning av data.

Urvalsprocessen inleddes med att samtycke inhämtades från mödrahälsovårdsöverläkaren i Göteborg. Därefter kontaktades enhetschefer på samtliga av landstingets barnmorskemottagningar i Göteborg med en förfrågan om tillåtelse att utföra studien på deras enheter. Enhetscheferna erhöll information om studien och de som visade intresse fick lämna sitt skriftliga samtycke på en bifogad samtyckesblankett (Bilaga 1). Enhetscheferna tillfrågades också om att lämna ut informationsmaterial (Bilaga 2) till samtliga barnmorskor verksamma vid enheten. Informationsmaterialet innehöll kontaktuppgifter till författarna. Två av informanterna kontaktade därefter författarna för att meddela att de önskade delta. Resterande informanter rekryterades dock genom ett bekvämlighetsurval på så vis att barnmorskor som hade tid i sina scheman tillfrågades om deltagande. De barnmorskor som tackat ja erhöll information om studien via e-post. Liksom övriga deltagare matchade dessa barnmorskor inklusionskriterierna för studien. Tid och plats för intervjuerna bestämdes efter informantens önskemål. Barnmorskorna som deltog i studien hade arbetat som barnmorska mellan 13-33 år och eftervårdsbesök hade varit en del av deras arbetsuppgifter i 10-27 år.

Datainsamling

Data samlades in genom sex semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer avser i detta fall att författarna hade en lista med ämnen att beröra, i tillägg till specifikt formulerade frågor. För att standardisera intervjuförloppet utformades en intervjuguide (Bilaga 3). Intervjuerna inleddes med en öppen inledningsfråga, varefter författarna ställde följdfrågor för att stimulera till reflektion och nå djupare. Vid varje intervjutillfälle inhämtades även information om vissa demografiska egenskaper hos informanten. Intervjuerna varade mellan 10-15 minuter och båda författarna medverkade vid samtliga intervjutillfällen. Digital ljudupptagning pågick kontinuerligt under samtliga intervjuer. Intervjuerna ägde rum på informanternas respektive arbetsplats.

Analys av data

För analys av insamlade data valdes Elo och Kyngäs (2008) metod för kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalys är en användbar metod då data består av skriven text, verbal kommunikation eller visuellt förmedlade budskap. Som analysmetod erbjuder den författaren verktyg för systematisk genomgång av data. Vid innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) destilleras texten och meningsbärande enheter identifieras. Dessa kondenseras och indelas i kategorier där varje kategori representerar en av textens betydande kärnor. Metoden syftar till att generera kunskap som kan ligga till grund för förståelse (a.a).

En induktiv ansats företogs vid analys av data. Enligt Elo och Kyngäs (2008) innebär en induktiv ansats att forskningen inte grundar sig i någon specifik teori eller hypotes och att fenomenet studeras så förutsättningslöst som möjligt. För att möjliggöra analys gjordes en ordagrann transkribering av det insamlade datamaterialet. Författarna beslöt att fokusera på det manifesta innehållet i intervjuerna, vilket innebär att endast verbal kommunikation inkluderas i transkriptionen (a.a.).

Som första steg i analysen bildade sig författarna en helhetsuppfattning av datamaterialet för att få en känsla av vad ”det hela handlar om”. I denna fas lästes materialet igenom upprepat och extensivt. Enligt Elo och Kyngäs (2008) görs detta för att säkerställa att forskaren lär känna texten så att den övergripande känslan för handlingen stannar med forskaren under resterande steg i analysprocessen.

I nästa steg gjordes så kallad öppen kodning, kategorikonstruktion samt abstraktion i enlighet med Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av metoden. Datamaterialet genomlästes och meningsbärande enheter identifierades. De meningsbärande enheterna kondenserades till koder och fördes över på papperslappar, vilka numrerades för att kunna spåras tillbaka till materialet. De transkriberade intervjuerna bearbetades upprepade gånger för att tömma ut allt väsentligt innehåll. Fler koder överfördes till papperslappar allt eftersom nytt innehåll uppenbarade sig för författarna. Efter genomgång av det totala datamaterialet påbörjades kategorikonstruktionen genom att papperslapparna med koder organiserades i högar. Detta steg kallas öppen kodning. Kategorier formades fritt och utan att någon kategori värderades som mer eller mindre betydelsefull än någon annan (Elo & Kyngäs, 2008).

I efterföljande steg grupperades kategorierna i huvudkategorier där liknande kategorier slogs samman eller reducerades bort. Målet med analysen var genomgående att besvara studiens syfte varför författarna hela tiden stävade efter att kontinuerligt stämma av mot syftet. Tabell 2 illustrerar ett exempel ur analysprocessen.

Tabell 2

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Huvudkategori
”det är viktigt att göra det så att kvinnorna känner sig trygga, att man inte ska behöva vara orolig för att genomgå en förlossning för att det kommer bli en förändring i underlivet” (Intervju 4)	Kvinnan ska inte behöva vara rädd för att genomgå en förlossning	Upplevelse av att vara kvinnans advokat	Förvaltare av kvinnans rätt till hälsa

Förförståelse

Författarna till föreliggande studie besitter viss förförståelse av ämnet för studien i egenskap av studerande vid barnmorskeprogrammet, då stora delar av den verksamhetsförlagda utbildningen är förlagd på barnmorskemottagning. Författarna har blivit handledda av olika barnmorskor i handläggning av bristningsuppföljning vid eftervårdsbesök och uppmärksammat att handläggningen skiljer sig åt beroende på vilken barnmorska som utför den. Enligt Dahlberg (2014) kan forskarens förförståelse både vara till hjälp, genom att bidra till förståelsen av det fenomen som ämnar undersökas, men den kan även stjälpa forskaren genom att stänga dörrar för kritiskt ifrågasättande. Med denna vetskap arbetade författarna under analysprocessen aktivt med att medvetandegöra sin förförståelse för att förhindra att fakta som inte överensstämde med förförståelsen sorterades bort. Att de erfarenheter författarna tillskansat sig under den verksamhetsförlagda utbildningen är relativt nyvunna förmodas ha bidragit till att de var lättare att identifiera som just förförståelse. Dahlberg (2014) menar att sådan kunskap som införlivats tidigt under livet och blivit en självklar grund för forskarens världsbild riskerar att ställa till större problem då det är svårt att reflektera över sådana, mer fundamentala fördomar. För att kunna vara sann mot sitt material och genomföra en analys utan att låta förförståelsen färga eller styra resultatet krävs det att forskaren är öppen och följsam, det vill säga, villig att ta del av informantens livsvärld (a.a.). Författarna till föreliggande studie förde under processens gång en dialog med varandra där innehåll som bekräftade författarnas förförståelse av fenomenet sorterades ut och jämfördes med de fynd som avvek från tidigare erfarenheter varpå en diskussion följde, vars syfte var att mynna ut i en unison förståelse av innehållet.

Dahlberg (2014) framhåller att det vid varje intervju är viktigt att intressera sig för just den individ man har framför sig. Författarna vinnlade sig om att inför varje intervju tömma ryggsäcken och gå in med ett så olåst sinne som möjligt för att klara av att möta varje ny berättelse som en egen utsago som inte skulle ses i ljuset av tidigare samtal med andra informanter. Då målet med studien var att generera ny kunskap ansåg författarna, i enighet med Dahlberg (2014) att tonvikten måste läggas på att förmedla hela bilden av materialet vilket underlättas då det finns en uppriktig nyfikenhet inför fenomenet, något som båda författarna upplevde i egenskap av att vara vetgiriga barnmorskestuderande med ambitioner om att bli skickliga i sitt framtida yrkesutövande. Dahlberg (2014) framhåller även att man

som forskare måste klara av att stå ut med att inte få alla sina frågor besvarade, det vill säga att kunna stå emot impulsen att tillskriva data innebörd som inte explicit uttryckts av informanten (a.a.), något som författarna tidvis fann utmanande.

Forskningsetiska överväganden

I Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) stipuleras att i all medicinsk forskning bör forskningsdeltagarnas välbefinnande sättas i första rummet och prioriteras högre än vetenskapen. I planeringen av ett forskningsprojekt behöver forskaren därför överväga de etiska aspekterna av studien för att försäkra sig om att projektet håller hög etisk standard.

För att säkerställa en hög etisk standard har föreliggande studie utformats med utgångspunkt i Vetenskapsrådets (2002) riktlinjer om forskningsetiska principer. Vetenskapsrådet (2002) framhåller fyra grundläggande principer som måste beaktas vid forskning på människor, i syfte att skydda forskningspersonen. Dessa principer är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (a.a.).

I föreliggande studie har informationskravet beaktats genom den information som informanterna erhöll skriftligen och muntligen inför sitt deltagande i studien. Informanterna gavs även möjlighet att ställa frågor till författarna i direkt anslutning till intervjun. Hänsyn har tagits till samtyckeskravet genom att informanterna informerades om att deltagande i studien var helt frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sin medverkan utan att ange något skäl samt utan påföljder. Konfidentialitetskravet har beaktats genom att insamlat material avidentifierats inför analys. Endast författarna har haft tillgång till personuppgifter och insamlat material har förvarats utom räckhåll för obehöriga och avses destrueras efter studiens avslutande. Det insamlade materialet har endast använts med ändamål att besvara föreliggande studies syfte, i enlighet med nyttjandekravet. I samband med intervjun undertecknade informanterna ett dokument där de intygade att de mottagit information om studien och dess syfte samt om deltagandets frivillighet.

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) omfattar inte arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå. Informationsbrevet till deltagare har utformats i enlighet med Centrala etikprövningsnämndens Stödmall för utformning av forskningspersonsinformation (Centrala etikprövningsnämnden, 2017).

Nyttan med föreliggande studie anses av författarna vara att barnmorskors upplevelse av att handlägga förlossningsbristning belyses. Detta förväntas generera kunskap som kan styrka behovet av riktlinjer och utbildning och på så vis gagna barnmorskorna. Att de barnmorskor som deltagit i studien fått tillfälle för samt möjlighet till reflektion kring sin handläggning och

sina känslor bedöms som positivt. Att delta i en intervju som ljudinspelat kan upplevas obehagligt, men denna risk bedöms vara försumbar.

Resultat

Vid analys av materialet formades elva kategorier som sedan indelades i de fyra huvudkategorierna *Förvaltare av kvinnans rätt till hälsa*, *Otillräckliga förutsättningar*, *Behov av struktur* och *Ytterligare uppföljning*.

Förvaltare av kvinnans rätt till hälsa

Resultatet visar att man som barnmorska vid en barnmorskemottagning bygger upp en förtroendebaserad relation till den gravida kvinnan och får rollen som medlare mellan kvinnan och övriga instanser inom hälso- och sjukvården. I egenskap av yrkesprofessionell fungerar barnmorskan som kvinnans röst och förvaltare av hennes intressen samtidigt som hon behöver förhålla sig till kollegors handlande och identifiera brister i vårdkedjan som äventyrar patientens möjligheter till adekvat vård.

Upplevelse av att vara kvinnans advokat

De medverkande barnmorskorna uttryckte ett patos för att vara kvinnans röst och hennes ombud i kontakten med världen utanför. Barnmorskorna upplevde att deras roll var att stå på kvinnans sida och att deras yrkesutövande skulle tjäna kvinnans bästa. Just på grund av att barnmorskan följer den gravida kvinnan under hela graviditeten är en annan och djupare relation än den som vanligen formas mellan vårdgivare och patient möjlig att bygga. Barnmorskorna beskrev att den relation som succesivt byggs upp bidrar till en känsla av empati för kvinnan. Informanterna uttryckte en omsorg om kvinnor som drabbas av bestående besvär efter en förlossningsbristning och uppgav att de uppmanade dem att söka vård om besvären blev långdragna. De förmedlade samtidigt att de kände maktlöshet när de inte visste hur de skulle kunna hjälpa kvinnan eller ens om hon skulle kunna få hjälp med sina problem.

”...finns inte riktigt resurser för att ta hand om sådant här. Vilket såklart, för patienterna är ju ödesdigert för en del får ju besvär för resten av livet om de inte blir rätt uppföljda”
(Intervju 6)

Barnmorskorna kunde känna upprördhet om de uppfattade att en förlossningsbristning blivit dåligt suturerad och därför orsakade kvinnan besvär. Omvänt blev barnmorskan ibland föremål för patientens frustration och missnöje med vården just på grund av att deras relation blivit mer förtrolig än vad som vanligtvis sker inom hälso- och sjukvården. Informanterna uttryckte att patientens väl var själva drivkraften i önskan om att bli en bättre barnmorska och

att de varnade för de kvinnor som på grund av kvarstående besvär, som gick att härleda till en förlossningsbristning, var rädda för att genomgå en ny graviditet och förlossning.

Känsla av övermäktiga förväntningar

Informanterna gav uttryck för en upplevelse av dissonans mellan den yrkesstolthet de som barnmorskor känner och de ibland omöjliga förväntningar som patienten har och som de inte alltid lyckas möta.

”Många tror ju att vi är läkare...vi höjs nog till skyarna i mångt och mycket så att vi har så mycket mer kompetens än vad vi egentligen har. På gott och ont” (Intervju 6)

Informanterna erfor att det är svårt att kombinera stoltheten de bär i sin profession med den känsla av tillkortakommande som väcks när de känner att de inte har mer att ge trots att patienten kräver det. Upplevelsen av att de nyblivna mödrarna ibland kommer till eftervårdsbesöket för att få en bekräftelse på att allt står rätt till bidrog till en känsla av rådvillhet när de inte med råg i ryggen kände att de kunde göra en säker bedömning. Informanterna upplevde stundtals att de slets mellan de motstridiga känslorna att inte vilja inge patienten en falsk trygghet men att samtidigt hysa en ovilja att framstå som okunnig.

En bortglömd patientgrupp

De intervjuade barnmorskorna pekade på den gråzon i vilken de upplever att komplicerade förlossningsbristningar av grad I och II hamnar. Dessa bristningar har genom graderingen värderats som mindre omfattande och ska följas upp via barnmorskemottagning men barnmorskorna vittnar om att dessa kvinnor kan ha långtgående och utbredda besvär, liknande de som ofta rapporteras vid förlossningsbristningar av grad III och IV. Barnmorskorna uppgav att de hade en bestämd uppfattning om att kvinnor som drabbats av förlossningsbristningar grad III samt IV numer fångas upp i generösa uppföljningsprogram.

”treorna ser jag nästan aldrig och det klart, de går ju vidare till specialisterna på ett annat sätt” (Intervju 5)

Barnmorskorna uttryckte att det tycks förhålla sig så att uppföljningen av förlossningsbristningar av grad III och IV numer fungerar väl men att vården brister i handläggningen av kvinnorna med mer diffusa bristningar av lägre grad men som ändå lider av långvariga besvär.

Otillräckliga förutsättningar

Informanterna uttryckte att de senaste årens mediala bevakning av ämnet lett till att brister i rutiner blottlagts och att området aktualiserats för såväl yrkesutövare som patienter.

Barnmorskorna uttryckte ett behov av fördjupning i att följa upp förlossningsbristningar, då barnmorskeutbildningen endast ytligt berör ämnet och få tillfällen för fortbildning ges under yrkeslivet. Endast barnmorskor med specialintresse tycktes uppleva sig som kompetenta att handlägga uppföljningen, genom att ha skaffat sig kunskaper på egen hand.

Det ligger i tiden

Det var en samstämmig uppfattning hos informanterna att medias rapportering och i många fall sensationslystnad bidragit till att ämnet förlossningsbristning blivit uppmärksammat i samhället i stort.

”det har blivit mer belyst och uppmärksammat i media och kvinnorna är mer också, ehm, tar tidigare kontakt mer än att man kanske stänger dörren och gömmer sina bekymmer som jag tror att man kanske då mer gjorde förr” (Intervju 4)

Barnmorskorna menade att uppmärksamheten i media nog har skapat en viss osäkerhet inom barnmorskeskrået. Vidare framkom att den mediala bevakningen också fått positiva följder; att ämnet blivit föremål för fokus inom barnmorskekåren och att ledningen initierat åtgärder som enligt informanternas förhoppningar ska leda till förbättrade förutsättningar genom fortbildning.

”då tänker jag att då kommer det här att lyftas upp liksom på en allmän nivå för alla så att det blir viktigare i gruppen generellt och det är jättebra tycker jag. Så det här ligger nog i tiden på många sätt” (Intervju 2)

Upplevd kunskapsbrist

Ett genomgående drag i barnmorskornas berättelser var att de upplevde att de saknar kompetens i förhållande till de förväntningar som de uppfattar att de har på sig i sin yrkesroll. Avsaknaden av nödvändig kunskap bidrog bland annat till en osäkerhet när de gällde att genom palpation bedöma bäckenbottens muskulatur och utvärdera kvinnans knipförmåga vid eftervårdsbesöket.

”Nej, bara som jag har lärt mig att man känner med fingrarna, att de får knipa om mina fingrar och så. Jag har inte den specialkunskapen säkert som de som jobbar verkligen med det här med knip.” (Intervju 5)

Barnmorskorna upplevde att det är personer ur andra yrkeskategorier än deras egen, exempelvis fysioterapeuter med specialistkompetens, som är kompetenta att bedöma muskelstyrka och knipförmåga i bäckenbotten. Ändå tillfaller uppgiften, att i första ledet avgöra vem som är i behov av ytterligare uppföljning, barnmorskan. Det kunde vara så att man till och med undviker att utföra vissa moment då man var osäker på om bedömningen man gjorde var riktig. Det kom även till uttryck att barnmorskorna upplever det märkligt att

de som ska ge barnmorskestudenter handledning i denna bedömning är de själva, när de inte upplever sig inneha tillräcklig kompetens. Informanterna ansåg sig ha fått bristfällig träning i handläggning av fysisk undersökning vid eftervårdsbesök under sin utbildning, men samtidigt hade de förståelse för att en fördjupning inom vart och ett av barnmorskans ansvarsområden inte skulle vara möjlig att hinna med då barnmorskeutbildningen är så kort. Emellertid var uppföljning av förlossningsbristning ett av de områden som informanterna menade att man borde lägga mer vikt vid under utbildningen eftersom det är en prekär del som kan leda till svåra konsekvenser och som man som barnmorska därför vill känna sig trygg med. En barnmorska upplevde att hon i egenskap av att ha arbetat en tid vid förlossningen hade tränat upp en bättre förmåga att bedöma de olika musklerna i underlivet än de kollegor som enbart arbetat vid en barnmorskemottagning, men att hon ändå upplevde uppgiften som svår. Informanterna önskade att de hade mer kunskap inom området och uttryckte samtidigt en vanmakt i att som barnmorska inte klara av det man förväntas kunna.

Utbildningsbehov

I informanternas berättelser märktes en tydlig vilja och tro på att den initiala uppföljningen av förlossningsbristningar, den som sker hos barnmorskan vid barnmorskemottagningen, kan förbättras med hjälp av utbildningsinsatser och stöd riktat till barnmorskor som arbetar inom öppenvården. Det framkom hos barnmorskorna ett önskemål om löpande fortbildning, fördjupning och utbildning som syftar till att hålla kåren uppdaterad med de senaste forskningsrönen. Informanterna uppgav att de trodde att detta önskemål var något som de delade med sina kollegor.

Det kräver en eldsjäl

Hos vissa av barnmorskorna förelåg ett specialintresse för uppföljning av förlossningsbristning. Dessa informanter uttryckte att de såg denna arbetsuppgift som både rolig och viktig och att de utifrån detta engagemang skaffat sig särskilda kunskaper som inte tillhandahållits eller erfordrats av arbetsgivaren. De informanter som ägde ett sådant specialintresse uttryckte att de ansåg att uppgiften var viktig eftersom resultatet av handläggningen kunde ge efterdyningar långt in i kvinnans fortsatta liv. Dessa barnmorskor tycktes prioritera denna del under eftervårdsbesöket och disponera tiden så att en ordentlig genomgång med undersökning och information skulle hinnas med.

”jag hade en barnmorskestudent som/.../hon sa just det till mig/.../Jag har aldrig varit med om någon som lägger så mycket tid på det här med efterkontroller och det här med knip och så som du sa hon” (Intervju 2)

Behov av struktur

Barnmorskorna uttryckte en önskan om ett strukturerat uppföljningsprogram för kvinnor med förlossningsbristning grad I-II med tydliga riktlinjer om ansvarsfördelning, samt utrymme för barnmorskan att självständigt bedöma och individanpassa uppföljningen.

Behov av tydliga riktlinjer

De flesta av informanterna vittnade om att en barnmorska vid en barnmorskemottagning ofta arbetar helt ensam och utan insyn i kollegornas arbetsätt och handläggningsstruktur.

Barnmorskorna uttryckte att de upplever att det saknas styrdokument eller PM att falla tillbaka på eller att om det fanns några så uppgav de att de inte känner till dem. Det tycks alltså föreligga oklarhet i vad strukturen för eftervårdsbesöket ska utgå ifrån då barnmorskorna uppgav olika källor som de baserar sin handläggning på.

”Vi har nog inga riktigt bra styrdokument just i detta syftet som jag uppfattar det i alla fall”
(Intervju 6)

Barnmorskorna angav att de tror att deras egen arbetsstruktur skiljer sig från hur deras kollegor arbetar samt att det även skiljer mellan olika mottagningar hur eftervårdsbesöket ser ut. Informanterna uppgav att de ofta drabbas av tidsbrist då de upplevde att fler och fler arbetsuppgifter har landat på dem, att de förväntas kontrollera fler saker inom samma tidsramar som tidigare. En tydligare struktur efterfrågades av samtliga; ett övergripande och konkret dokument som fastställer vad som skall ingå och hur barnmorskan ska gå tillväga vid uppföljning av förlossningsbristning, men som fortfarande lämnar utrymme för att kunna individanpassa besöken och prioritera det som behöver fokuseras i det enskilda fallet.

”det är också ett individuellt möte, men kanske en tydligare mall att utgå från och därifrån fatta sina egna beslut” (Intervju 3)

Kompetens på rätt plats

Informanterna uttryckte en önskan om en tydligare arbetsfördelning där den profession som ansvarar för en viss del i uppföljningen också ska vara kvalificerad att utföra densamma. De ifrågasatte exempelvis varför det finns fysioterapeuter med specialisering mot bäckenbotten och knipträning när det åligger barnmorskan att göra den första bedömningen. Det ter sig lämpligare att barnmorskan som ansvarar för förlossning och suturering också är den som har kompetens att följa upp bekymmer som härrör från detta område. En av informanterna uttryckte att hon gärna är den som står för uppföljningen av förlossningsbristning men att det i sådana fall krävs att hon får förutsättningar att göra detta i form av tid och utbildning. En annan av informanterna uttryckte en liknande önskan om mer resurser till mödrahälsovården för uppföljning av förlossningsbristningar då det är denna instans som är ålagd att handlägga denna uppföljning.

Ytterligare uppföljning

Då en situation identifieras, där patienten är i behov av ytterligare uppföljning som ligger utanför barnmorskans kompetensområde finns inga tydliga direktiv för hänvisning och någon självklar instans för ändamålet tycks inte existera. Dessutom saknas ett system för återkoppling, vilket skulle kunna verka som en typ av kompetensutveckling inom barnmorskekåren.

Diskongruent hänvisning

Vid besvärande gas- eller urininkontinens som förväntas kunna avhjälpas med intensifierade knipövningar instruerade barnmorskorna kvinnorna i knipträning och bokade därefter in dem för ett uppföljande besök hos de själva efter ett par veckor. Om tecken på infektion förelåg hänvisas kvinnorna till mödrahälsovårdsläkaren eller antenatalkliniken på sjukhuset. Beroende på typ av besvär uppgav informanterna olika instanser att hänvisa patienten till. Vid svag knipförmåga eller kvarvarande inkontinensbekymmer hänvisar barnmorskorna kvinnorna till specialutbildade fysioterapeuter på rehabiliteringsmottagningar eller till distriktssköterska på vårdcentralen. Om det istället handlar om misstanke om behov av resuturering skickas en remiss till gynekolog. I förekommande fall, då barnmorskan hade möjlighet att tillfråga kollega, kunde sådan konsultation ske innan vidare hänvisning övervägdes.

Barnmorskorna uttalade en osäkerhet gällande vart de skall hänvisa patienterna och som anledning till det nämndes avsaknad av tydliga riktlinjer för ändamålet. Detta illustrerades av en barnmorska som uttryckte sig som följer:

”Ja, det har ju också varit olika. Som det är just nu så hänvisar jag in till kvinnokliniken då.”
(Intervju 1)

Det framkom att det råder diskrepans i hur och vart patienterna hänvisas, beroende på var barnmorskan arbetar. Exempel på detta var att en barnmorska uppgav att hon bokar in alla kvinnor med behov av hänvisning på ett besök hos mödrahälsovårdsläkaren för ställningstagande till vidare hänvisning. I de fall där det finns specialistkompetent fysioterapeut på en närliggande mottagning är man istället mer benägen att hänvisa till denne. En barnmorska uttryckte att det faktum att de olika ansvarstiderna för patienterna inom slutenvården och öppenvården överlappar varandra är en faktor som bidrar till osäkerhet i vart patienten skall hänvisas:

”Men ja, ibland kan det allt vara lurigt att veta vart man ska hänvisa vidare och det beror ju också lite på hur långt det har gått efter förlossningen eftersom vi har olika ansvarstid för patienterna, liksom” (Intervju 6)

Det tycktes föreligga en osäkerhet i hur hänvisningen ska gå till samt en frustration kring den upplevda bristen på hänvisningsmöjligheter. Det nämndes flera olika exempel på remissförfarande; såsom att barnmorskan skriver remiss, att patienten ringer själv eller skriver en egenremiss eller att barnmorskan hänvisar till mödrahälsovårdsläkaren som gör en bedömning och därefter skriver en remiss.

Återkoppling främjar kompetensöverföring

Informanterna upplevde ett behov av återkoppling efter hänvisning som idag uteblir på grund av att barnmorskan inte alltid står som remittent. Det uttrycktes en önskan om att barnmorskan ska vara den som ansvarar för remissförfarandet för att på så vis kunna utveckla sin handläggning. Genom att vara den som får remissvaret i sin hand skulle hon få ta del av det tvärprofessionella teamets kompetens och förmå utvecklas i sin egen yrkeskunnighet.

”Tyvärr så vet jag inte heller vad som händer med dem, för första steget är ju sjukgymnast då/.../och jag hoppas och tror att hon i så fall remitterar dem vidare” (Intervju 4)

Diskussion

Metoddiskussion

Då underlaget för föreliggande studie är begränsat i storlek är författarna medvetna om svårigheten att dra långtgående slutsatser av dess resultat. Istället kan denna studie verka som en grund i vilken vidare forskning kan ta avstamp. Att vara två personer som tillsammans genomför en studie anses av författarna som en styrka. I enlighet med vad Elo och Kyngäs (2008) lyfter är det en fördel att kunna föra en diskussion med en insatt forskningskollega tills man har uppnått konsensus eftersom en kollega bidrar med fler perspektiv.

Författarna till föreliggande studie eftersträvade att övergripande få till stånd ett strategiskt urval av informanter. Den begränsade tidsramen för genomförandet av studien samt en initialt skral svarsfrekvens från intresserade informanter medförde dock att merparten av deltagarna rekryterades genom ett bekvämlighetsurval. Även om den initiala rekryteringsstrategin havererade resonerar författarna till föreliggande studie som så att det slutliga urvalet blev till en styrka då förfarandet medförde ett undvikande av att endast individer med specialintresse för ämnet hörde av sig. Informanterna antogs inte på basis av några speciella egenskaper eller handplockades med avseende på ålder eller yrkeserfarenhet och därför måste rekryteringsutfallet bedömas som tillfredställande.

Författarna valde att inte snäva in inklusionskriterierna mer än att informanterna skulle vara legitimerade barnmorskor med eftervårdsbesök som arbetsuppgift. Detta med tanken att alla barnmorskor med eftervårdsbesök som arbetsuppgift har samma uppdrag att fullfölja oavsett

erfarenhet. Dessutom ansåg författarna att en spridning i erfarenhet och ålder skulle kunna ge variation i resultatet och bidra till att syftet kunde besvaras med mer djup.

Metoden för kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) valdes, efter övervägande av andra möjliga metoder, med argumentet att den beskrivs som lämplig då man strävar mot att förstå och beskriva innehållet i en text. Processen med de olika analysstegen är lättfattligt beskriven, vilket underlättade då det var första gången författarna genomförde denna typ av studie. Den valda metoden erbjuder enligt Elo och Kyngäs (2008) forskaren flexibilitet och den klarar att exponera mening i mänsklig kommunikation, vilket lämpade sig väl för att besvara föreliggande studies syfte. Svagheter som lyfts av upphovsmännen Elo och Kyngäs (2008) inkluderar att den stundtals kritiserats för att vara alltför schematisk och förenklande samt att det är avhängigt forskarens skicklighet avseende analysteknik hur ”bra” resultatet blir. Vidare har den kritiserats för att inte vara tillräckligt kvalitativ till sin natur utan att det helt sonika handlar om att räkna ord med likartad betydelse, vilket kan föra tankarna till forskning av kvantitativt slag. Författarna bedömde dock metoden som passande för den typ av studie som ämnade genomföras, på grund av undersökningens begränsade storlek och tidsram samt författarnas ringa erfarenhet. I föreliggande studie valde forskarna aktivt bort att analysera det som av Elo och Kyngäs (2008) beskrivs som latent innehåll. Detta med argumentet att det kräver en djupare grad av tolkning, vilket inte var avsikten med undersökningen.

Något som enligt Elo och Kyngäs (2008) kan komplicera analysarbetet är att finna lagom avvägda meningsenheter. Ett avgränsat textstycke kan ha flera underliggande meningar och därför vara svårt att inplacera under en kategori. På samma sätt kan ett ord vara allt för meningsfattigt och resultera i fragmentariska resultat utan tyngd. Med denna vetskap lades mycket tid och arbete på att identifiera passande meningsbärande enheter för att fånga den verkliga essensen i materialet. I starten av analysarbetet upplevde författarna svårighet att få en överblick av data då materialet syntes omfattande. En känsla av kaos infann sig, vilket Elo och Kyngäs (2008) beskriver som vanligt förekommande i den initiala analysfasen. Viktigt att tänka på då är att ha syftet i åtanke och sortera ut det som faktiskt är av vikt för den aktuella undersökningen. Att detta fenomen fanns beskrivet och att en strategi erbjöds gav författarna till föreliggande studie förtröstan som förlängde tålamodet.

Alla kvalitativa metoder sliter med problemet att analysprocessen ska vara spårbar samtidigt som ett visst mått av tolkning som baseras på forskarens unika förförståelse alltid finns med vilket försvårar bedömningen av studiens trovärdighet. I föreliggande studie har forskarna fört ett resonemang om den förförståelse som båda i egenskap av barnmorskestuderande innehar. Förförståelsen kan medföra att intervjuarna inte är tillräckligt öppna vid intervjutillfället, men den gör också samtalen givande då ett visst mått av insikt i arbetsgång och terminologi förebygger missförstånd och underlättar analysen. I avsikt att kunna förhålla sig så öppna som möjligt reflekterade författarna kontinuerligt över den egna förförståelsen och dess betydelse.

Båda författarna medverkade under alla intervjutillfällen. Vid var och en av intervjuerna var den ena parten av författarduon intervjuledare medan den andra agerade assistent och dessa roller alternerades. Att vara två personer som intervjuar en ensam informant anser författarna vara förenat med både positiva följder, såsom att den ena personen kunde stötta och påminna den andra om frågor glömdes bort eller bidra med omformuleringar för att få informanten att förstå, men också med eventuella negativa effekter i form av den skeva maktbalans som uppstår. Som beskrivs av Kvale och Brinkman (2009) står forskaren i en intervjusituation redan över informanten i hierarki i egenskap av att vara den som känner till agendan, kontrollerar situationen och för samtalet framåt. Det får då antagas att två personer i denna ställning utövar ett än större tryck på informanten som då dessutom befinner sig i numerärt underläge. Författarna var noga med att informera deltagarna om anledningen till att det förhöll sig så i syfte att vinna informantens förtroende.

Resultatdiskussion

De allt kortare vårdtiderna efter förlossning har bidragit till att betydelsen av en fungerande och tillgänglig barnmorskemottagning accentuerats. En bristning som sutureras direkt post partum, varpå mamman återvänder till hemmet inom ett fåtal timmar efter förlossningen, blir inte undersökt förrän vid eftervårdsbesöket sex till tolv veckor senare. Att barnmorskan på barnmorskemottagningen då besitter nödvändig kunskap för att kunna göra en korrekt bedömning samt har möjlighet att hänvisa kvinnor med behov av ytterligare uppföljning är av yttersta vikt och en förutsättning för kvinnans rätt till en god och säker vård.

I föreliggande studie synliggörs barnmorskors upplevelse av att inte ha resurser nog att fullfölja uppdraget, att följa upp förlossningsbristning, på ett tillfredställande sätt. Denna osäkerhet grundar sig i en självupplevd kunskapsbrist samt avsaknad av en lämplig instans dit kvinnor med besvär efter förlossningsbristning kan hänvisas.

Barnmorskans vårdande och stödjande funktion

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30) stipuleras att målet för hälso- och sjukvården i Sverige är en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare beskrivs att kvaliteten på vården kontinuerligt och systematiskt skall utvärderas för att garantera en säker vård för patienten (a.a.). Som barnmorska verkar man inte bara som en person som utför fysiska undersökningar och som informationskälla utan agerar även inflytelserik person på ett för kvinnan närmare plan. Enligt Berg och Lundgren (2010) påverkar händelser i samband med graviditet och barnafödande ofta kvinnan en lång tid efter att själva förlossningen klarats av. Hon minns personer och händelser som varit direkt kopplade till livsomställningen och barnet med ibland hisnande tydlighet. I arbetet med den gravida kvinnan har barnmorskan en stödjande funktion. Uppgiften att stärka kvinnan behöver tydliggöras och för att kunna förfina detta arbete krävs enligt författarna till föreliggande studie att barnmorskan ges möjlighet att bli säker i sin profession. Hon behöver känna att hon kan sin sak innan hon kan verka som en

stärkande person för kvinnan. Berg och Lundgren (2010) menar att arbetet med att utveckla barnmorskans stödjande och stärkande profil är en svår utmaning som för att hållas aktuell ständigt måste lyftas till diskussion. Det är först när barnmorskan vågar ge sig in i kvinnans livsvärld som hon på allvar kan påverka dennes uppfattningar och känslor (a.a.). Författarna till denna studie menar, vilket också styrks av studiens resultat, att okunskap kan leda till att barnmorskan undviker att gräva djupare i sådant som hon upplever att hon inte behärskar och därför inte kommer kvinnan så nära som krävs för att kunna utöva möjligheten att stärka henne. Berg och Lundgren (2010) framhåller att barnmorskan i nationella såväl som internationella styrdokument tilldelas ansvaret att värna om det normala i graviditet och barnafödande. När något avviker i bedömningen förmedlar barnmorskor i mödrahälsovården stundtals ett budskap som får kvinnan att uppleva sig som onormal eller att hennes kropp är bristfällig, vilket leder till att kvinnan känner sig otrygg (a.a.). Författarna funderar på om det kan finnas en koppling mellan osäkerheten som barnmorskorna i föreliggande studie beskriver att de känner inför hur de ska gå vidare om de uppdagat något som avviker från det förväntade och de exempel som Berg och Lundgren (2010) pekar på där bemötandet från barnmorskan har lett till en otrygg patient. Författarna till föreliggande studie resonerar vidare att tydliga riktlinjer för hänvisning skulle kunna råda bot på osäkerheten och därmed leda till att patienten uppfattar att hon är i goda händer istället för att lämna rummet nervös och med kränkt värdighet. Professionellt stöd innefattar enligt Berg (2010) en dimension av vetenskapsbaserad kompetens som gör barnmorskan unik i jämförelse med det stöd som en kvinna kan uppleva att hon får av en familjemedlem eller en väninna. Det är kunskapen som barnmorskan besitter som bidrar till hennes unika befattning att ge kvinnan kvalitativt och anpassat stöd. Genom att tillfredställa kvinnans behov bekräftar hon sin kompetens vilket stärker hennes själv i sin yrkesroll (Berg, 2010). Att barnmorskor erhåller utbildning som medför att de kan ge patienten tydliga riktningar och adekvata lösningar på problem som uppstår anser författarna således vara en förutsättning för att utöva rollen som en stödjande och stärkande tillgång i mödrahälsovården.

Upplevd kompetensbrist

Barnmorskorna som deltog i studien lyfte bristfällig undervisning i bedömning av bäckenbotten under barnmorskeutbildningen samt att det under arbetslivet saknas tillfällen för fortbildning trots att kunskapsläget förändras, som bidragande anledningar till en känsla av kompetensbrist. Barnmorskeutbildningen erbjuder idag endast grundläggande kunskap om bäckenbottens anatomiska strukturer samt enstaka tillfällen för övning av praktiska färdigheter i sutureringsteknik. Utökad praktisk klinisk träning med tillägg av examination anser författarna till föreliggande studie skulle leda till ett kunskapslyft och till att säkra en lägstanivå för en legitimerad barnmorskas kompetens i bedömning av bäckenbotten. Sultan, Kamm och Hudson (1995) konstaterar i sin undersökning barnmorskors bristande förmåga att benämna bäckenbottens olika strukturer. I en studie av Mutema (2007) framkom att 90 % av barnmorskor verksamma vid en förlossningsklinik i Storbritannien kände sig otillräckligt rustade för att bedöma och åtgärda en perinealskada. Dessa fynd tyder på att varken

barnmorskan i slutenvården, som är den som ska bedöma och suturera bristningen eller barnmorskan inom öppenvården, vars uppgift är att bedöma läkning och muskelstyrka, är trygga i sin bedömning. Resultatet av föreliggande studie styrker denna slutsats. Författarna anser vidare att det faller på sin egen orimlighet att barnmorskor som inte själva upplever sig kompetenta att utföra en fullständig och korrekt bedömning av en förlossningsbristning bär ansvaret för att handleda blivande kollegor i detta förfarande. Informanterna i studien gav en samstämmig bild av ett ensamarbete med få möjligheter till kunskapsutbyte kollegor emellan. Detta beskrevs som ett hinder för kompetensöverföring. Informanterna var av uppfattningen att området förlossningsbristningar i och med medias bevakning kommit på tapeten. De gav uttryck för en kunskaps hunger och förklarade att de såg med tillförsikt på en framtid då barnmorskan kan axla sitt ansvar med råg i ryggen.

Förbättringspotential

Barnmorskornas medvetenhet om att kvinnor idag lider av besvär som härrör från deras förlossning tycks föda en frustration. Upplevelsen är att man inte har resurser att hjälpa dessa kvinnor trots att det faller under barnmorskans ansvarsområde. Att man dessutom saknar möjlighet att hänvisa till adekvat hjälp när behov finns adderar till känslan av hjälplöshet. Enligt Socialstyrelsen (2017) finns på ett fåtal platser i landet multiprofessionella team som enbart arbetar med uppföljning och behandling av bäckenbottenskador. Kompetensen i dessa team inkluderar både gynekologi, urologi och kirurgi. Att sörja för att få till en sådan lösning nationellt, där barnmorskan ansvarar för att remittera vidare, anser författarna skulle bidra till ett mer patientsäkert förfarande. Dessutom skulle det svar som följer på en skickad remiss kunna verka som en kunskapsöverföring och förkovring för den remitterande barnmorskan. En sammanhållen vårdkedja skulle medföra att de patienter som barnmorskorna i föreliggande studie uttrycker oro för fångas upp och får en adekvat uppföljning. Om det förhåller sig så, vilket resultatet i föreliggande studie indikerar, att den vård patienten erhåller är avhängig barnmorskans intresse för att på egen hand inhämta specialkunskaper inom ämnet anser författarna detta vara en ytterst beklaglig omständighet. I Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) stipuleras krav på en jämlik vård, vilket torde vara verksamheternas intention. Denna strävan skulle vara betjänt av tydligare struktur som underlättar för barnmorskorna i deras arbete.

Tidigare forskning (Sundquist, 2012; Williams, Herron-Marx & Carolyn, 2007) slår fast att kvinnor som drabbas av tillsynes små förlossningsbristningar ändå kan lida av långvariga bekymmer. Barnmorskorna i föreliggande studie uttryckte en upplevelse av att de kvinnor som de träffar och som drabbats av en förlossningsbristning grad I eller II av komplicerad karaktär, är en styvmoderligt behandlad patientgrupp som faller mellan stolarna. Författarna till föreliggande studie ser det därför som önskvärt att även bristningar av grad II registreras i det bristningsregister som i dagsläget endast inkluderar bristningar av grad III och IV. Detta med avsikt att få till stånd en systematisk uppföljning och kartläggning av konsekvenserna av en grad II-bristning. Trots att de kvinnor som drabbas av en förlossningsbristning grad II

enligt Socialstyrelsen (2017) är många fler till antalet anser författarna att vinsten för de lidande kvinnorna skulle rättfärdiga den ökade arbetsbelastningen som detta eventuellt skulle innebära för barnmorskorna.

Med tanke på att hälften av Sveriges befolkning riskerar att drabbas av en besvärande förlossningsbristning måste det betraktas som bekymmersamt att detta är ett område som ter sig underprioriterat. Författarna anser, med grund i föreliggande studie, att det kan föreligga behov av att inventera den övergripande barnmorskekompetensen inom detta fält och om så är nödvändigt få till stånd ett kompetenslyft. Detta för att barnmorskorna ska kunna bära sin legitimation med stolthet och tryggt vila i att de innehar de nödvändiga verktygen för att utföra sitt arbete på ett patientsäkert sätt. Socialstyrelsen (2017) har i sin rapport *Vård efter förlossning* fastställt att det råder omfattande förbättringspotential inom området för uppföljning av förlossningsbristning och författarna anser, med stöd i föreliggande studie att det är på tiden att denna insikt utmynnar i en förändring. Vidare forskning kan ta avstamp i denna studie för att motivera till förändring av innehållet i barnmorskeutbildningen samt verksamheternas upplägg för kompetensförsörjning.

Slutsats

Uppföljning av förlossningsbristning är en viktig uppgift som inverkar på kvinnans framtida hälsa. Det föreligger en upplevd kompetensbrist hos barnmorskor när det gäller att följa upp förlossningsbristningar och en avsaknad av struktur för att hänvisa kvinnor i behov av ytterligare uppföljning. Det finns ett önskemål om en sammanhållen vårdkedja med möjlighet till tvärprofessionell kunskapsöverföring liksom ett behov av kompetensinventering i verksamheterna. För att undvika att patienter går miste om nödvändig vård behövs rutinbeskrivningar som säkerställer att vården blir jämlik.

Referenslista

- Albers, L., Garcia, J., Renfrew, M., McCandlish, R., & Elbourne, D. (1999). Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*, 26(1), 11-17.
- Berg, M. (2010) Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren. (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (s.29-35) (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M & Lundgren, I. (2010) Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg & I. Lundgren. (Red.) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (s.237-241) (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Centrala etikprövningsnämnden. (2017). *Stödmall – Utformning av forskningspersonsinformation*. Hämtad 2017-11-21 från <https://www.epn.se/centrala-etikproevningsnaemnden/anslagstavla/stoedmall-utformning-av-forskningspersonsinformation/>
- Dahlberg, K (2014) *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur
- Durnea, C. M., Khashan, A. S., Kenny, L. C., Durnea, U. A., Dornan, J. C., O’Sullivan, S. M., & O’Reilly, B. A. (2017). What is to blame for postnatal pelvic floor dysfunction in primiparous women - Pre-pregnancy or intrapartum risk factors?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 214, 36-43.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Fianu Jonasson, A. & Falconer, C. (2015) Urininkontinens hos kvinnan. I P.O. Janson & B.-M. Landgren. (red.), *Gynekologi*. (2. Uppl., s.307-316). Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Morris, A., Berg, M., & Dencker, A. (2013). Professional’s skills in assessment of perineal tears after childbirth - A systematic review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(04), 7
- Mutema, E. K. (2007). 'A tale of two cities': auditing midwifery practice and perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 15(8).

- O'Reilly, R., Peters, K., Beale, B., & Jackson, D. (2009). Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *Journal of clinical nursing*, 18(14), 2013-2019.
- Paterson, L. Q., Davis, S. N., Khalifé, S., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2009). Persistent genital and pelvic pain after childbirth. *The journal of sexual medicine*, 6(1), 215-221.
- Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC women's health*, 14(1), 32.
- Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2016). *Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning - En kartläggning av systematiska översikter* (Rapport nr 250). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Sultan, A.H., Kamm, M.A. and Hudson, C.N. (1995) Obstetric perineal trauma: An audit of training. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 15, 19-23.
- Sundquist, J. C. (2012). Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(6), 715-718.
- Sundström Poromaa, I. (2015) De kvinnliga könsorganens anatomi. I P.O. Janson & B.-M. Landgren. (red.), *Gynekologi*. (2. Uppl., s.15-32). Lund: Studentlitteratur.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Rapport: nr 76*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Svenska Barnmorskeförbundet (2014) *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2017-11-22 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- van Delft, K., Thakar, R., Sultan, A. H., Schwertner-Tiepelmann, N., & Kluivers, K. (2014). Levator ani muscle avulsion during childbirth: a risk prediction model. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(9), 1155-1163.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28(5), 712-719

Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., Chung, E. K., Bennett, I. M., & Culhane, J. F. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional wellbeing. *Birth*, 35(3), 179-187.

Webb, S., Sherburn, M., & Ismail, K. M. (2014). Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ*, 349, g6829.

Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392-403.

Woodman, P. J., & Graney, D. O. (2002). Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clinical anatomy*, 15(5), 321-334.

World medical association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2017-11-21 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zetterström, J. (2014). Perinealbristningar. I H. Hagberg, K. Maršál, & M. Westgren, (red.), *Obstetrik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till berörd vårdenhetschef på Närhälsan Barnmorskemottagning

Förfrågan om intervjuer med barnmorskor

Vi är två barnmorskestuderande sjuksköterskor som genomför vår magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Dig med anledning av att vi i uppsatsen avser att studera barnmorskors upplevelser av att handlägga uppföljning av förlossningsbristning vid eftervårdsbesöket. Vi ämnar genomföra en intervjustudie under november/december 2017 vilket involverar intervjuer av barnmorskor verksamma vid barnmorskemottagningar i Göteborg. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er.

Studiens bakgrund och syfte

De flesta landsting erbjuder ett särskilt uppföljningsprogram till de kvinnor som drabbats av bristning grad III-IV. Kvinnor med bristning av lägre grad hänvisas till eftervårdsbesöket som ingår i mödrahälsovårdens basprogram (Socialstyrelsen, 2017).

Befintlig forskning behandlar främst kvinnor som drabbats av förlossningsbristning grad III eller IV. Det saknas forskning som rör handläggning av uppföljning avseende bristningar av grad I och II. Eftersom kvinnor med grad I-II-bristningar är hänvisade till uppföljning i mödrahälsovården genomförs studien med syftet att undersöka hur olika barnmorskor handlägger uppföljning av förlossningsbristning samt hur de upplever denna uppgift.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda barnmorskor efter informerat samtycke. Beräknad tid för intervjun är cirka 45 minuter. Intervjun kommer att bestå av frågor som berör handläggning av uppföljning av bristningar. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast de studenter som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. 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 kommer de att avidentifieras. Deltagande i studien är helt frivilligt och deltagare kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

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

Enhet/Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Maria Sjögren
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande
Tel: 070-3908267
gussjomaar@student.gu.se

Kajsa Rydström
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande
Tel: 076-2735756
gusrydska@student.gu.se

Handledare
Helena Dahlberg
Universitetslektor
Tel: 031-7866195
helena.dahlberg@gu.se

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om forskningsstudien – Barnmorskors upplevelser av att handlägga uppföljning av förlossningsbristning

Bakgrund och syfte

De flesta landsting erbjuder ett särskilt uppföljningsprogram till de kvinnor som drabbats av bristning grad III-IV. Kvinnor med bristning av lägre grad hänvisas till eftervårdsbesöket som ingår i mödrahälsovårdens basprogram (Socialstyrelsen, 2017).

Befintlig forskning behandlar främst kvinnor som drabbats av förlossningsbristning grad III eller IV. Det saknas forskning som rör handläggning av uppföljning avseende bristningar av grad I och II. Eftersom kvinnor med grad I-II-bristningar är hänvisade till uppföljning i mödrahälsovården genomförs studien med syftet att undersöka hur olika barnmorskor handlägger uppföljning av förlossningsbristning samt hur de upplever denna uppgift.

Vem söker vi?

Vi söker dig som arbetar som barnmorska på barnmorskemottagning och i Ditt arbete genomför eftervårdsbesök.

Hur går studien till?

Du kommer att intervjuas om Dina upplevelser av att handlägga uppföljning av förlossningsbristning. Deltagandet innebär att Du intervjuas på din arbetsplats eller en plats Du själv väljer. Intervjun beräknas ta ca 45 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att reflektera över och delge Dina erfarenheter och på så vis medverka till ökad kunskap inom detta ämne.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas för att möjliggöra analys. Forskningsmaterialet kommer

att förvaras så att ingen obehörig kan få tillgång till det. Data från studien kommer att avidentifieras.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat är Du välkommen att kontakta forskargruppen efter avslutad studie.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur studien utan att ange något skäl. Om du väljer att avbryta medverkan i studien så kommer det inte att leda till några påföljder.

Kontakt

Önskar du delta i denna studie? Vänligen kontakta Maria eller Kajsa via mail eller telefon.

Ansvariga för studien

Maria Sjögren

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Tel: 070-3908267

gussjomaar@student.gu.se

Kajsa Rydström

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Tel: 076-2735756

gusrydska@student.gu.se

Handledare

Helena Dahlberg

Universitetslektor

Tel: 031-7866195

helena.dahlberg@gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtyckesformulär till forskningsstudien: Barnmorskors upplevelser av att handlägga uppföljning av förlossningsbristning

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna forskningsstudie som handlar om *Barnmorskors upplevelser av att handlägga uppföljning av förlossningsbristning*. Jag är informerad om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Göteborg den _____

Namn _____

Namnförtydligande _____

Telefonnummer _____

E-post _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke. Forskningspersonen har fått en kopia av deltagarinformationen.

Göteborg den _____

Namn _____

Namnförtydligande _____

Bilaga 3

Intervjuguide

Har du några frågor innan vi börjar?

Hur länge har du arbetat som barnmorska?

Hur länge har eftervårdskontroller varit en del av dina arbetsuppgifter?

Hur brukar du följa upp förlossningsbristning vid eftervårdsbesöket?

- förberedelse
- frågor
- undersökning: vad ingår?
- hänvisning

Hur upplever du att det är/fungerar att handlägga förlossningsbristning vid eftervårdsbesöket?

- känslor
- stöd: kollegor, styrdokument
- förväntningar

Är det något du skulle vilja säga som inte har framkommit?

Följdfrågor:

Hur menar du då?

Vad tror du det beror på?

Kan du ge några exempel?

Hur känner du inför det?

Vill du utveckla?