



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

MÖJLIGHETER OCH HINDER FÖR ATT KUNNA GE MÖDRA- OCH NYFÖDDHETSVÅRD AV GOD KVALITET I IBANDA HÄLSOZON I DEMOKRATISKA REPUBLIKEN KONGO.

En intervjustudie med fokus på vårdgivares
erfarenheter.

Hildur Abenius Hilmarsdóttir

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet 90hp, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2019
Handledare:	Malin Bogren
Examinator:	Ingela Lundgren

Titel svensk:	Möjligheter och hinder för att kunna ge mödra- och nyföddhetsvård av god kvalitet i Ibanda hälsozon i Demokratiska Republiken Kongo.
Titel engelsk:	Opportunities and obstacles to provide high quality maternal and newborn care in Ibanda Health Zone in the Democratic Republic of Congo.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Malin Bogren
Examinator:	Ingela Lundgren
Nyckelord:	Vårdkvalitet, Mödrahälsa, Nyföddhetshälsa, Mödradödlighet, Nyföddhetsdödlighet, Demokratiska Republiken Kongo.

Sammanfattning

Bakgrund: Demokratiska Republiken Kongo (DRK) är ett av de länder som har högst mödra- och nyföddhetsdödlighet i världen. Trots att vårdtillgängligheten har ökat, är vårdkvaliteten på vårdenheter fortfarande låg. Då låg vårdkvalitet nu anses vara det största hindret för att minska den globala mödra- och nyföddhetsdödligheten är det av största vikt att vårdkvaliteten på vårdenheter förbättras. DRK misslyckades med millenniemålen och är långt ifrån att uppnå de nya globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030, därför är det viktigt att identifiera vilka hinder som finns för att kunna ge vård av hög kvalitet på DRK:s vårdenheter samt möjligheter till förbättringar.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva vårdgivares erfarenheter av möjligheter och hinder för att kunna ge mödra- och nyföddhetsvård av hög kvalitet i Ibanda hälsozon i Demokratiska Republiken Kongo.

Metod: Sju fokusgruppsintervjuer, med 35 vårdgivare från sju olika vårdenheter, utfördes. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys, enligt Elo och Kyngäs, med deduktiv ansats utifrån WHO:s teoretiska ramverk för Quality of Care.

Resultat: Studiens resultat redovisas utifrån WHO:s teoretiska ramverkets åtta kategorier. Resultatet visar att det fanns många hinder och få möjligheter för att kunna ge vård av hög kvalitet på vårdenheter. De främsta möjligheterna som framkom var att det fanns ett gott samarbete mellan professionerna och att personalen var motiverad och passionerad. De främsta hindren som framkom var farliga transportvägar, inkompleta informationssystem samt brist på personalkompetens och tillgänglig nödvändig utrustning för att kunna vårda kvinnan och det nyfödda barnet.

Slutsats: Samtliga inkluderade vårdenheter är långt ifrån att uppnå WHO:s kvalitetskriterier för vård av hög kvalitet. Studiens resultat kan användas i syfte att förbättra vårdrutiner, öka personalkompetensen och därmed öka möjligheterna till god och säker vård på vårdheterna, vilket i sin tur kan bidra till minskad mödra- och nyföddhetsdödlighet i DRK.

Nyckelord: Vårdkvalitet, Mödrahälsa, Nyföddhetshälsa, Mödradödlighet, Nyföddhetsdödlighet, Demokratiska Republiken Kongo, Ibanda Hälsozon.

Abstract

Background: The Democratic Republic of Congo (DRC) has one of the highest maternal and newborn mortality in the world. Although the availability of care has increased, the quality of care is still low. Since poor quality of care is now considered to be the main obstacle in reducing global maternal and newborn mortality, it is of the utmost importance that the quality of care is improved. DRC failed the Millennium Goals and is far from achieving the new global sustainability goals in Agenda 2030, therefore it is important to highlight the obstacles that exist in DRC's healthcare facilities in order to provide high quality care and opportunities for improvements.

Aim: The aim of this study is to describe the opportunities and obstacles to provide high quality maternal and newborn healthcare in Ibanda Health Zone in the Democratic Republic of Congo, from the experiences of healthcare providers.

Method: Seven focus group discussions were conducted with 35 healthcare providers working at labour and maternity units, representing seven healthcare facilities. The WHO's theoretical framework for Quality of Care was used in a directed content analysis approach inspired by Elo and Kyngäs.

Result: The result is presented under the eight categories of WHO's theoretical framework. The result shows that there were many obstacles and few opportunities to provide high quality care at the healthcare facilities. The main opportunities that emerged were good collaboration between the professions and that the staff was motivated and passionate. The main obstacles were dangerous transport routes, incomplete information systems and a lack of personnel skills and the necessary equipment to care for the woman and the newborn child.

Conclusion: All the included healthcare facilities are far away from reaching WHO's quality statements for high quality care. These results can be used to improve care routines, increase staff competence and thereby increase the opportunities for good and safe healthcare at the healthcare facilities, which can reduce maternal and newborn mortality in the DRC.

Key words: Quality of care, Maternal Health, Newborn Health, Maternal mortality, Newborn mortality, Democratic Republic of Congo, Ibanda Health Zone.

Förord

Jag vill börja med att tacka alla vårdgivare som tagit sig tid för att delta i studien. Jag hoppas att era erfarenheter skall kunna bidra till ökad vårdkvalitet på vårdenheter i Demokratiska Republiken Kongo. Jag vill också tacka min handledare Malin Bogren för all vägledning och allt stöd jag har fått under arbetets gång. Till sist vill jag också tacka alla fantastiska kurskamrater för den här tiden tillsammans.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	1
Mödra- och nyföddhetshälsa ur ett globalt perspektiv	2
Faktorer som påverkar mödra- och nyföddhetshälsa	2
FN:s globala mål för hållbar utveckling, Agenda 2030.....	3
Vårdkvalitet	4
Låg vårdkvalitet och tillgång till vård.....	5
Varierande vårdkvalitet globalt.....	5
Barnmorskans roll och kompetens	6
Demokratiska Republiken Kongo (DRK)	7
DRK:s vårdsystem	8
Vårdkvalitet.....	8
Ekonomi.....	9
Mödradödlighet.....	9
Teoretiskt ramverk.....	9
Problemformulering	11
Syfte	11
Metod	11
Design.....	11
Kontext	12
Urval/Deltagare	13
Datainsamling.....	14
Förberedelse inför intervju.....	14
Genomförande av intervju	14
Dataanalys	15
Etiska överväganden.....	16
Resultat.....	17
Evidensbaserade vårdrutiner och hantering av komplikationer	17

Every woman and newborn receives routine, evidence-based care and management of complications during labour, childbirth and the early postnatal period, according to WHO guidelines.	17
Handlingsbara informationssystem	18
The health information system enables use of data to ensure early, appropriate action to improve the care of every woman and newborn.	18
Fungerande referenssystem	19
Every woman and newborn with condition(s) that cannot be dealt with effectively with the available resources is appropriately referred.	19
Effektiv kommunikation.....	20
Communication with women and their families is effective and responds to their needs and preferences.	20
Respekt och bevarande av värdighet	20
Women and newborns receive care with respect and preservation of their dignity.	20
Emotionellt stöd.....	21
Every woman and her family are provided with emotional support that is sensitive to their needs and strengthens the woman's capability.	21
Kompetent och motiverad personal.....	22
For every woman and newborn, competent, motivated staff are consistently available to provide routine care and manage complications.....	22
Tillgänglig nödvändig utrustning	23
The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.....	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Design	24
Kontext.....	25
Urval av deltagare	25
Datainsamling	26
Dataanalys.....	27
Förförståelse.....	27
Överförbarhet.....	28
Resultatdiskussion	28

Utförd vård.....	28
Upplevd vård.....	29
Kompetent och motiverad personal	30
Tillgänglig nödvändig utrustning.....	31
Slutsats	33
Kliniska implikationer	33
Referenslista	34
Bilaga 1: Interview guide focus group discussions on facilitors and barriers on conducting high quality maternal and newborn care.....	39
Bilaga 2: Översikt av analysprocessen	40

Inledning

Vad kan vara större än att uppleva födseln av sitt barn i en trygg och harmonisk miljö? För de absolut flesta människor i världens industriländer är detta något som tas för givet, men tyvärr ser verkligheten inte likadan ut i resten av världen. Ett exempel är Demokratiska republiken Kongo (DRK). Krig och konflikter har under lång tid påverkat landets resurser, vilket har lett till minskad kvalitet på hälso- och sjukvård (Alkema m.fl., 2016). Förenade Nationernas (FN) globala hållbarhetsmål, Agenda 2030, slår fast att antalet döda mammor per levande födda barn ska ner till nivåer under 70/100,000 (UNSTAT, 2018). Ett mål som Kongo är långt ifrån att nå. World Health Organization (WHO) vill se en framtid där alla gravida kvinnor och nyfödda barn får er hålla vård av hög kvalitet under gravitet, förlossning och postnatalperiod (Tuncalp m.fl., 2015). Att er hålla trygg och säker vård är en mänsklig rättighet och som framtida barnmorska har jag en viktig roll att försvara och säkerställa rättighetens fortsatta efterlevnad.

Jag har fått möjligheten att delta i Panzi_UGOT_Laerdalprojektet som syftar till att förbättra mödra- och nyföddhetshälsa i DRK. Sju semistrukturerade fokusgruppsintervjuer utfördes av två forskare på Göteborgs universitet på sju vårdenheter i DRK i mars 2019. Dessa intervjuer har jag fått ta del av, analyserat och därefter sammanställt i min uppsats.

Bakgrund

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är starkt ansluten till jämställdhet och kvinnors rättigheter och är därmed fundamental för global mödrahälsa och hållbar utveckling. Trots anmärkningsvärda vinster i förhållande till SRHR under de senaste decennierna dör fortfarande tusentals kvinnor varje dag på grund av bristande tillgång till god och säker sexuell- och reproduktiv vård (Starrs m.fl., 2018).

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd där individen känner fysiskt, psykiskt, känslomässigt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion. Sexuella och reproduktiva rättigheter stödjer varje individs rätt att få bestämma över sin kropp och sin sexualitet utan risk för diskriminering, fördomar, våld eller tvång. Individen skall även ha frihet att planera sitt barnafödande, tillgång till effektiva och acceptabla metoder för familjeplanering och tillgång till god och säker vård under graviditet,

förlossning och postnatalperioden. Individerna skall på ett fritt och ansvarsfullt sätt kunna bestämma antalet, avståndet och tidpunkten för sina barn samt ha tillgång till information och de medel som behövs för att göra det. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är en del i de mänskliga rättigheterna och är grundläggande för människors upplevelse av självkänsla, hälsa och välbefinnande, vilket framgår i handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo 1994 (Starrs m.fl., 2018).

Mödra- och nyföddhets hälsa ur ett globalt perspektiv

Mödrahälsa definieras som den hälsa som kvinnan har under graviditet, förlossning och under postpartumperioden. Där ingår även komponenter som familjeplanering, preventivmedel, abortvård samt antenatal, perinatal och postnatal vård (WHO, 2019).

Med begreppet mödradödlighet menas att en kvinna dör under graviditeten eller inom 42 dagar efter avslutad graviditet, oavsett graviditetens varaktighet och plats. Det gäller också alla orsaker relaterade till eller förvärrade av graviditeten och/eller hanteringen av dessa (Alkema m.fl., 2016). Mödradödlighet är den tredje vanligaste dödsorsaken hos kvinnor mellan 15–49 år, efter HIV/AIDS och kardiovaskulära sjukdomar. De vanligaste orsakerna är blödning, sepsis, abort, långdragen förlossning samt tillstånd orsakade av högt blodtryck såsom preeklampsi och eklampsi (Lozano m.fl., 2012).

Inom begreppet barnadödlighet finns neonatal dödlighet (nyföddhetsdödlighet), post-neonatal dödlighet och barnadödlighet. Med begreppet nyföddhetsdödlighet menas att ett barn dör inom 28 dygn efter födelsen. Nyföddhetsdödlighet är starkt sammankopplat till mödradödlighet, vilket resulterar i att om den globala mödravården är av låg kvalitet riskeras inte bara mammornas hälsa utan även de nyfödda barnens. De vanligaste dödsorsakerna hos de nyfödda barnen (0–28 dagar efter födelsen) är nedre luftvägsinfektioner, sepsis, neonatal encefalopati, prematura komplikationer, perinatale akuta komplikationer och medfödda avvikelser såsom kromosomavvikelser, hjärtavvikelser och neuralrörsdefekter (Lozano m.fl., 2012).

Faktorer som påverkar mödra- och nyföddhets hälsa

Under de senaste decennierna har stora framsteg gjorts för att förbättra den globala mödra- och barnhälsan. Genom International Conference on Population and Development (ICDP), Milleniumålen och Agenda 2030 har världens länder lyckats arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål för att uppnå en fredligare och mer hållbar värld (UN, 2015). FN:s Milleniummål (Millennium Development Goals, MDG), som antogs i september 2000, innehöll åtta hållbarhetsmål, varav hållbarhetsmål 4 och 5 skapades specifikt för att förbättra den

globala mödra- och barnhälsan. Mål 4 syftade till att minska barnadödligheten med två tredjedelar bland barn under fem år fram till 2015 och mål 5 till att minska mödradödligheten med 75% mellan 1990 och 2015 (Alkema m.fl., 2016).

Tack vare resolutionerna har den globala mödradödligheten minskat från 385 kvinnor per 100,000 levande födda barn, till 216 kvinnor per 100,000 levande födda barn mellan 1990–2015, vilket innebär en total minskning med 43,9%. Variationen av nedgång är dock stor mellan världens länder där mödradödligheten är så låg som 3/100,000 i Finland och så hög som 1360/100,000 i Sierra Leone. De länder som har lägst mödradödlighet i världen, med max 5/100,000 är Österrike, Vitryssland, Tjeckien, Finland, Grekland, Kuwait, Polen, Italien, Sverige och Island. De länder som har högst mödradödlighet med mer än 500/100,000 är bland annat DRK, Guinea, Liberia, Sierra Leone, Eritrea, Kenya och södra Sudan. Nio länder som hade hög mödradödlighet dvs mer än 100/100,000 år 1990 lyckades minska mödradödligheten med minst 75% och därmed uppnå Milleniemål 5. De länder som lyckades var bland annat Maldiverna, Iran, Laos, Bhutan och Rwanda. Det kan jämföras med DRK som inte ens nådde 25% minskning mellan 1990 och 2015 och tillhör därmed de länder som hade minst reducering av mödradödlighet under den perioden (Alkema m.fl., 2016).

Den globala nyföddhetsdödligheten har också sjunkit, men något långsammare än mödradödligheten, från 36,7 döda nyfödda barn per 1000 levande födda barn år 1990 till 19,1 år 2015, vilket betyder total minskning 52%. Det betyder att Milleniemål 4 inte har nåtts. De senaste siffrorna från 2018 visar att nyföddhetsdödligheten fortsätter sjunka då siffrorna sjunkit till 17,7/1000, men variationen är fortfarande stor mellan olika delar av världen där låginkomstländer, såsom DRK, hade i snitt 26/1000 medan höginkomstländer hade i snitt 3/1000 år 2018 (The World Bank, 2019).

Då den globala mödra- och nyföddhetsdödligheten fortfarande inte har sjunkit under önskvärda gränser krävs nya reformer för att den ska fortsätta minska. Därför togs beslut om nya globala hållbarhetsmål i september 2015, ”Agenda 2030” (UN, 2015).

FN:s globala mål för hållbar utveckling, Agenda 2030

Agenda 2030 är den mest ambitiösa agendan för hållbar utveckling som världens länder någonsin antagit. Med 17 globala mål och 169 delmål ska agendan vara ledande mot en fredligare och mer hållbar värld. Agenda 2030 tar vid efter Milleniemålen som avslutades år 2015. De globala hållbarhetsmålen fokuserar på att avskaffa extrem fattigdom, minska ojämlikheter och orättvisor i världen, främja fred och rättvisa samt att lösa klimatkrisen till år 2030 (UN, 2015).

Av de 17 globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030 handlar hållbarhetsmål 3 om att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla människor i alla åldrar. Delmål 3.1: Minska mödradödligheten, går ut på att förbättra den globala mödrahälsan genom att reducera mödradödligheten i världen till under 70 dödsfall per 100,000 levande födda barn till 2030. Delmål 3.2: Förhindra alla dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under fem år, går ut på att säkerställa att inga spädbarn eller barn under fem år dör av orsaker som hade kunnat förebyggas. Målet är bland annat att reducera nyföddhetsdödligheten till högst 12 dödsfall per 1000 levande födda barn. Om hållbarhetsmålen skall kunna uppnås krävs det att alla länder agerar lokalt, regionalt, nationellt och globalt (UN, 2015).

En avgörande faktor för att nå hållbarhetsmål 3 är att världens länder lever upp till deklARATIONEN om universell hälsotäckning (Universal Health Coverage, UHC). UHC syftar till att världens befolkning ska kunna erhålla nödvändig hälso- och sjukvård på ett ekonomiskt hållbart sätt, som inte försätter individerna i fattigdom (Boerma m.fl., 2014). Vården ska dessutom vara tillgänglig, godtagbar och av hög kvalitet (WHO, 2016a). Samtliga länder i Afrika har skrivit på deklARATIONEN UHC där länderna lovar att minst 15% av deras nationella budget ska gå till hälso- och sjukvård. Något som inte efterlevs i många av länderna, bland annat DRK (Boerma m.fl., 2014).

Tidigare globala mål har fokuserat på att öka tillgängligheten av vårdenheter och utbildad personal inom antenatal, perinatal och postnatalvård (Campbell & Graham, 2006). Detta har bidragit till att antalet kvinnor i utvecklingsländer som får assisterad förlossning på vårdenheter har ökat från 61% till 78% mellan år 2000–2016 (Global Health Observatory, 2016). Den ökade tillgängligheten av vård har reducerat mödra- och nyföddhetsmortaliteten, men då reduceringen fortfarande är långt ifrån önskat värde är det tydligt att det fortfarande finns stora utmaningar inom området. Därför har de globala målen i Agenda 2030 skiftat fokus från vårdtillgänglighet till vårdkvalitet (Tuncalp m.fl., 2015).

Vårdkvalitet

WHO:s vision för framtiden är att varje gravid kvinna och nyfött barn ska erhålla vård av hög kvalitet under graviditeten, förlossningen och postnatalperioden. WHO:s definition av högkvalitativ vård är: ”the extent to which health care services provided to individuals and patient populations improve desired health outcomes. In order to achieve this, health care must be safe, effective, timely, efficient, equitable and people-centred” (Tuncalp m.fl., 2015, s. 1046). För att kunna uppnå WHO:s kriterier för vård av hög kvalitet skall vårdenheter och vårdgivare erbjuda vård som minimerar risker och skador för patienterna och som bygger på evidensbaserad kunskap. Vården skall vara effektiv vilket betyder att väntetiden för att erhålla

vård behöver minimeras och resurserna maximeras. Vården skall även vara rättvis och jämlik, vilket innebär att den skall stödja varje individs rätt till hälsa, oavsett socioekonomisk status och/eller personliga egenskaper. Till sist skall vården vara personcentrerad, vilket innebär att den enskilde individens behov står i fokus (Tuncalp m.fl.,2015; WHO, 2016).

Låg vårdkvalitet och tillgång till vård

Trots den ökade vårdtillgängligheten i världen dör mer än 8 miljoner människor i låg- och medelinkomstländer varje år från åkommor som borde ha kunnat förebyggas eller botas. Det kostar samhället flera trilioner dollar om året och är en stor belastning för såväl de drabbade länderna som det globala samfundet (Kruk m.fl., 2018). Den hastiga ökningen av vårdtillgänglighet har medfört att belastningen på vårdenheterna ökat, vilket har resulterat i underbemanning, personal med bristande kompetens, feldiagnosticering, ofullständiga vårdåtgärder samt otillräckliga resurser. Detta har inneburit att mindre än hälften av alla kvinnor och barn i låg- och medelinkomstländer fått adekvat vård. Den ökade vårdtillgängligheten är samtidigt associerad med överdriven medicinering och onödiga interventioner under normal graviditet och förlossning samt excessiv användning av ineffektiva vårdåtgärder som saknar evidens. Detta har lett till två extrema vårdssituationer där kvinnor och barn antingen får för lite vård för sent alternativt för mycket vård i ett allt för tidigt stadie. Båda situationerna kan vara skadliga för patienten och går emot vad som anses vara vård av hög kvalitet (Miller m.fl., 2016).

I och med detta blir bilden allt tydligare att enbart tillgång till vård inte kommer räcka för att klara de globala utmaningarna som krävs för att sänka mödra- och nyföddhetsdödligheten. Istället kommer högkvalitativ vård vara ett måste om resultaten ska förbättras, då låg vårdkvalitet anses nu vara den största barriären för att reducera den globala mortaliteten. Enligt Kruk m.fl. (2018), skulle reproduktiv vård av hög kvalitet kunna förebygga en miljon av de neonatala dödsfallen och hälften av de maternella varje år, eftersom vården runt barnafödande är den mest kritiska när det kommer till att förhindra mödradödlighet och nyföddhetsdödlighet. Därför är det av största vikt att den reproduktiva vården är av hög kvalitet (Tuncalp m.fl., 2015). Vårdssystemen måste se till att alla kvinnor och nyfödda barn erhåller högkvalitativ, evidensbaserad, jämlik och rättvis vård där adekvata vårdåtgärder ges på ett säkert sätt vid rätt tidpunkt (Miller m.fl., 2016).

Varierande vårdkvalitet globalt

Variationen av vårdkvalitet är stor mellan världens länder, där låg- och medelinkomstländer är de som drabbas hårdast, men vårdkvaliteten varierar även inom ländernas gränser där de fattiga, utbildade och stigmatiserade folkgrupperna löper störst risk att få vård av låg kvalitet (Kruk m.fl., 2018). Enligt en studie gjord av Sharma m.fl. (2017), visade det sig att även om kvaliteten på förlossningsvården i Kenya var låg överlag, fanns det stora skillnader mellan

den vård som gavs till fattiga och rika. En studie från Indien visade liknande resultat där fattiga kvinnor från utsatta områden erhöll sämre vård än resursstarka kvinnor i rika områden (Das m.fl., 2016). Resultaten styrks av andra studier där det även var tydligt att vårdkvaliteten varierade beroende på om kvinnorna bodde i städer eller ute på landet och om de sökte vård inom den privata eller den offentliga sektorn (Kruk m.fl., 2018).

Vårdgivare har stor betydelse för att vård ska kunna ges av hög kvalitet. Detta då de har direktkontakt med patienterna och ansvarar för att tillgodose den vård som behövs. För att vårdkvaliteten skall vara hög måste vårdgivare ge trygg och säker vård som bygger på respekt för patienten samt evidensbaserad forskning. Vårdkvaliteten på den vård som ges av vårdgivare varierar globalt, där det är vanligt förekommande att vårdgivare i låg- och medelinkomstländer endast tillgodoser patienterna hälften av de vårdåtgärder som borde ges utifrån evidens. Underbemanning, bristande utbildning och kompetens samt otillräckliga resurser har lett till att vårdgivare i låg- och medelinkomstländer ofta känner sig trötta och omotiverade, vilket påverkar deras möjlighet att ge vård av hög kvalitet. Lågkvalitativ vård kan det leda till skada och lidande för patienten och i värsta fall orsaka dödsfall (Kruk m.fl., 2018).

En barnmorska som är utbildad enligt internationella standarder för barnmorskeutbildning skall vara en vårdgivare som tillgodoser trygg och säker vård och respekterar patientens rätt till hälsa i alla lägen. Därmed är barnmorskan en viktig del för att kunna ge sexuell och reproduktiv vård av hög kvalitet. För att barnmorskor ska kunna ge vård av hög kvalitet behöver det finnas ett välfungerande vård- och hälsosystem samt ett gott interprofessionellt samarbete (Hoope-Bender m.fl., 2014).

Barnmorskans roll och kompetens

International Confederation of Midwives (ICM) är det internationella barnmorskeförbundet som representerar över en miljon barnmorskor globalt och fastställer riktlinjer för barnmorskeprofessionen. ICM definierar barnmorskan som en person som genomgått och slutfört en barnmorskeutbildning som bygger på ICM:s kompetensbeskrivning för barnmorskor och håller sig inom ramen för ICM:s globala standard för barnmorskeutbildning. Det är även ett krav att personen erhållit en legitimation och/eller blivit registrerad för att få praktisera inom yrket. Barnmorskeyrket är en ansvarsfull profession där barnmorskan skall hjälpa och stötta kvinnan under graviditet, förlossning och postnatalperiod samt ansvara för vård av nyfödda barn. Den legitimerade barnmorskan skall kunna utföra förebyggande åtgärder, främja en normal förlossning samt upptäcka eventuella komplikationer hos både mor och barn. Barnmorskan skall även kunna ge vård och assistera vid eventuella akuta situationer. Den internationella etiska kod som ligger till grund för barnmorskans

kompetensområde förutsätter att barnmorskan tar hänsyn till kvinnan och hennes mänskliga rättigheter och ständigt strävar mot att ge god, rättvis och jämlik vård som bygger på ömsesidig respekt och utgår från varje människas eget värde (ICM, 2017).

Enligt svenska Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning skall barnmorskan inneha en sjuksköterskelegitimation och slutfört barnmorskeutbildning, på avancerad nivå, för att erhålla legitimation och examensbevis från socialstyrelsen. Legitimation är ett krav för att få utöva yrket och yrkestiteln är skyddad enligt patientsäkerhetslagen. Barnmorskans kompetensområde är sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa där hen skall ge patienten god och säker vård som är grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Den svenska barnmorskan har ett självständigt ansvar för normal graviditet och förlossning vilket inte är fallet i de flesta andra länder (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa är en mänsklig rättighet som alla människor ska kunna hävda utan risk för diskriminering, våld och tvång. Barnmorskan skall respektera de mänskliga rättigheterna i alla lägen och utgå ifrån att alla människor har lika värde och samma rätt till vård och behandling, oberoende av socioekonomisk status eller personliga egenskaper. Barnmorskan skall tillgodose en patientsäker och personcentrerad vård där hen tar hänsyn till patientens rätt till självbestämmande och delaktighet i vården. Barnmorskan skall stödja patientens autonomi, värdighet och integritet samt skapa trygghet och tillit genom god kommunikation och ömsesidig respekt. ICM:s internationella definition av barnmorska ligger till grund för Svenska Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Demokratiska Republiken Kongo (DRK)

Demokratiska Republiken Kongo är ett land i centrala Afrika med cirka 90 miljoner invånare. De senaste årtiondena har kvaliteten på hälso- och sjukvården minskat, vilket har lett till att DRK idag har stora utmaningar inom området (Alkema m.fl., 2016). Två stora krig (1996–1998; 1998–2003) följt av konflikter och bristande politisk styrning har i över 20 år påverkat landets resurser och lämnat en stor del av befolkningen i extrem fattigdom (Kongo, 2016). Vårdsektorn kännetecknas av offentlig underfinansiering, dålig kvalitetssäkring av doktorer och sjuksköterskor och bristande kompetensförsörjning av kvalificerade barnmorskor. Vårdinfrastrukturen är otillräcklig och dåligt uppdaterad och vårdenheterna upprätthålls framför allt av patienternas betalningsförmåga (Mpunga Mukendi, Chenge, Mapatano, Criel, & Wembodinga, 2019).

DRK:s vårdssystem

Vårdssystemet i DRK är uppdelat och strukturerat på nationell, provinsial och lokal nivå. Varje vårdenhet inom vårdssystemet skall kunna erbjuda reproduktiv vård såsom antenatal, perinatal och postnatal vård, familjeplanering och abortvård. Enligt DRK:s politiska styrdokument skall två typer av vårdenheter finnas tillgängliga inom varje hälsodistrikt. Vårdcentraler, som ska ansvara för den primära vården men även kunna erbjuda grundläggande akut obstetrisk vård (Basic Emergency Obstetric Care, BEmOC) och specialistsjukhus, som skall erbjuda mer specialiserad vård med tillgång till omfattande akut obstetrisk vård (Comprehensive Emergency Obstetric Care, CEmOC), laboratorier och omfattande neonatalvård (World Health Organization, UNFPA, UNICEF & Mailman School of Public Health, 2009).

Adekvat EmOC har visat sig bidra till minskad mödra- och nyföddhetsdödlighet (Lee m.fl., 2011; WHO, 2016). Tyvärr finns det endast få vårdenheter i DRK som uppnår kriterierna för adekvat Basic eller Comprehensive EmOC. I en studie utförd i DRK 2014, visar Mpunga Mukendi m.fl. (2019) att endast 9,1% av de 1,555 vårdenheter som undersöktes erbjöd BEmOC och 2,9% CEmOC. Inga av vårdenheterna uppnådde kriterierna högkvalitativ EmOC (Mpunga Mukendi m.fl., 2019).

Landets instabilitet har resulterat i att vårdssystemet har kollapsat och tillgång till god och säker vård blivit allt svårare att få (Casey, Chynoweth, Cornier, Gallagher & Wheeler, 2015). Det har drabbat kvinnors hälsa i synnerhet, då kvinnor som lever i en konfliktdrabbad miljö ofta har ett ökat behov av hälso- och sjukvård på grund av ökad risk för sexuella övergrepp, oönskade graviditeter och osäkra aborter. Erhåller de inte adekvat vård av god kvalitet ökar risken för mödra- och nyföddhetsdödlighet. Kvaliteten på sexuell, reproduktiv och perinatal vård är därför särskilt viktig i konfliktdrabbade länder, såsom DRK (McGinn & Casey, 2016).

Vårdkvalitet

Även om de flesta förlossningar i DRK sker på vårdenheter (ca 80%), är kvaliteten av antenatal, perinatal och postnatal vård låg (Alkema m.fl., 2016). I en studie gjord i Lubumbashi, DRK:s näst största stad, visade Ntambue m.fl. (2012), att trots att mer än 90% av kvinnorna som deltog i studien sökte vård på antenatalenheten vid minst ett tillfälle under graviditeten, erhöll mindre än 30% av kvinnorna adekvat vård eller behövliga interventioner, såsom järn- och folsyratillskott eller screening för HIV, syfilis och intrauterin tillväxthämning (IUGR). Studiens resultat visade också att 97,2% av kvinnorna hade assisterad förlossning på en förlossningsenhet, men endast 7,6% av vårdenheterna erbjöd omfattande akut obstetrisk och neonatal vård. Beträffande postnatal vård kom endast 35% av kvinnorna på det postnatala besöket, vilket kan bero på socioekonomiska faktorer, då de flesta patienter behöver betala

vården själva. Dessutom låg fokus bara på att väga och vaccinera barnet, inte på mammans hälsa (Ntambue, Malonga, Dramaix-Wilmet, & Donnen, 2012).

Ekonomi

Då DRK:s budget för hälso- och sjukvård är underfinansierad behöver patienter oftast betala för vården själva (Minestère de la santé publique, 2016). I ett land som DRK, där en stor del av populationen lever i fattigdom, kan vårdkostnader förgöra familjens ekonomi, vilket gör att det inte är ovanligt att kvinnor inte har råd med sin förlossningsvård. Studier har visat att vissa kvinnor nekats nödvändig vård om de inte kunnat betala, eller inte fått lämna sjukhuset efter given vård innan betalning blivit gjord. Tillgång till läkemedel och respektfullt omhändertagande är också beroende av ekonomisk status och möjligheten att betala för vården (Ntambue, Malonga, Cowgill, Dramaix-Wilmet & Donnen, 2019).

Mödradödlighet

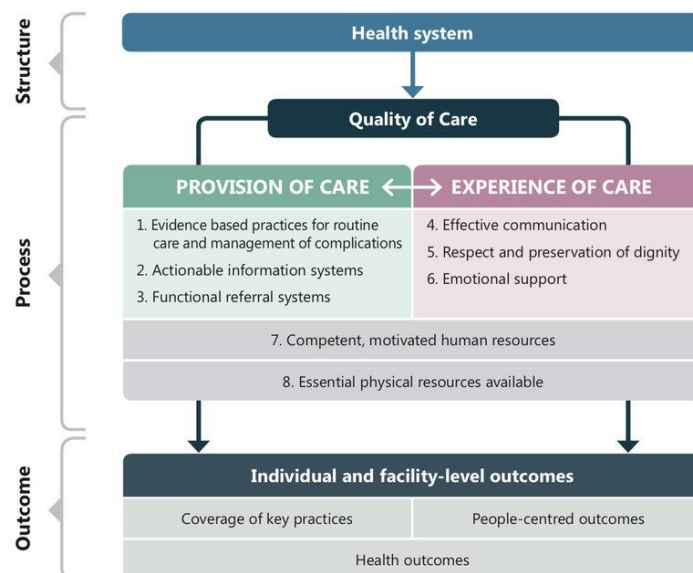
DRK misslyckades med de tidigare milleniemålen och är långt ifrån att lyckas med FN:s globala hållbarhetsmål, Agenda 2030, då mödradödligheten i Kongo är 693 per 100,000 levande födda barn och nyföddhetsdödligheten är 28 per 1000 levande födda barn (UNSTAT, 2015). Siffrorna resulterar i att DRK är bland de länder som har högst mödradödlighet och nyföddhetsdödlighet i världen (Wang m.fl., 2013). Trots att tillgången till vård har ökat, dör fortfarande många kvinnor och barn, vilket gör att fokus nu ligger på att öka vårdkvaliteten. Brister på snabb akutvård, personalkompetens, infrastruktur och läkemedel är några bidragande faktorer till låg vårdkvalitet och trots globalt förordande och stöd utifrån är låginkomstländer som DRK fortfarande i stort behov utav hjälp för att kunna uppnå definitionen av hälso- och sjukvård av hög kvalitet (WHO, 2016b).

Teoretiskt ramverk

Utifrån WHO:s vision ”att varje gravid kvinna och nyfött barn ska erhålla vård av hög kvalitet under graviditeten, förlossningen och postnatalperioden” har WHO utformat en definition av vad vårdkvalitet är och därefter skapat ett teoretiskt ramverk för hur kvaliteten av mödra- och nyföddhetsvård på vårdenheter skall kunna förbättras. För att förstå hur vårdkvaliteten kan förbättras i DRK kan WHO:s teoretiska ramverk implementeras i syfte att beskriva vårdgivares erfarenheter av möjligheter och hinder för att kunna ge vård av hög kvalitet på vårdenheter. Forskning har visat att ramverket är användbart för att mäta kvaliteten av mödra- och nyföddhetsvård på vårdenheter, vilket styrker användandet av WHO:s teoretiska ramverk under denna studies analysprocess (Tuncalp m.fl., 2015).

Ramverket består av åtta områden för vårdkvalitet som skall övervakas, utvärderas och förbättras inom hälso- och sjukvården. De första sex områdena är uppdelade i två dimensioner: Utförd och upplevd vård, som handlar om hur personalen kan ge vård av hög kvalitet och vad patienterna behöver för att uppleva att vården är av hög kvalitet. De två sista områdena handlar om att ha kompetent och motiverad personal samt tillgänglig nödvändig utrustning för att kunna ge högkvalitativ vård (Tuncalp m.fl., 2015).

För att kunna uppnå förbättring inom varje område har åtta vårdstandarder konstruerats, en för varje område. För att säkerställa att standarderna är tillräckligt specifika och fokuserade har 2–13 kvalitetskriterier för varje standard skapats, för att tydligare kunna guida och mäta förbättringarna av kvalitet inom mödra- och nyföddhetsvård på vårdenheter (Tuncalp m.fl., 2015).



(Figur 1: WHO framework for the quality of maternal and newborn health care) (Tuncalp m.fl., 2015)

WHO:s teoretiska ramverk fyller flera funktioner och är bland annat till nytta för att förstå vårdenheters existerande vårdssituation samt identifiera de brister som finns i syfte att kunna ge vård av hög kvalitet samt åtgärder för hur de kan förbättras. På så vis kan ramverket ge stöd till nationella riktlinjer för vårdstandarder samt användas som underlag för uppföljning och utvärdering av kvalitativ mödra- och nyföddhetsvård på vårdenheter (Tuncalp m.fl., 2015).

Problemformulering

Under de senaste decennierna har globala reformer lyckats reducera mödra- och nyföddhetsdödligheten i världen genom att öka tillgängligheten av vårdenheter och vårdpersonal. Trots detta dör fortfarande 800 kvinnor och 7700 nyfödda barn i världen varje dag till följd av komplikationer under graviditet, förlossning eller postnatalperioden. Studier har visat att vårdkvalitet nu är en viktig faktor för att minska mödra- och nyföddhetsdödligheten i världen och är samtidigt en nyckelkomponent i rätten till hälsa och vägen till värdighet och rättvisa för kvinnor och barn. Detta har inneburit att de globala hållbarhetsmålen har skiftat sitt fokus från ökad vårdtillgänglighet till ökad vårdkvalitet. Då DRK är långt ifrån att uppfylla de kriterier som behövs för att kunna ge vård av hög kvalitet är det otroligt viktigt med vidare forskning inom området (Kruk m.fl., 2018).

Denna studie kan komma att identifiera vilka möjligheter och hinder som finns samt vilka strategier som behövs för att förbättra vårdkvaliteten i Ibanda hälsozon i södra Kivu-provinsen i DRK. Ambitionen är att denna kunskap ska kunna möjliggöra en förbättrad reproduktiv och perinatal hälsa och kunna bidra till mer jämlik vård med bättre hälsoutfall för mammor och nyfödda, vilket kan bidra till minskad mödra- och nyföddhetsdödlighet i DRK.

Syfte

Syftet är att beskriva vårdgivares erfarenheter av möjligheter och hinder för att kunna ge mödra- och nyföddhetsvård av hög kvalitet i Ibanda hälsozon i Demokratiska Republiken Kongo.

Metod

Design

För att svara på syftet att beskriva vårdgivares erfarenheter av möjligheter och hinder för att kunna ge mödra- och nyföddhetsvård av hög kvalitet i Ibanda hälsozon i DRK var det lämpligt att använda en kvalitativ metod, då kvalitativ metod är fördelaktig vid vård- och omvårdnadsforskning där syftet är att undersöka erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck, 2018). Den analysmetod som användes i studien var kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats, enligt Elo och Kyngäs (2008).

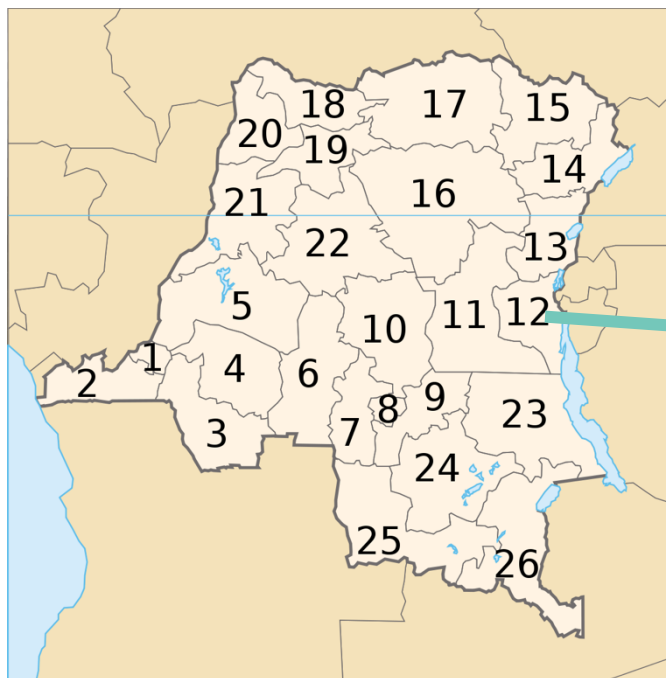
Innehållsanalys är en analysmetod som både kan användas inom kvantitativ och kvalitativ forskning. Från början användes innehållsanalys framför allt som en kvantitativ analysmetod, då målet var att systematiskt mäta och analysera stora mängder data. Kvalitativ innehållsanalys mäter däremot inte bara förekomsten av något utan ser också till sammanhanget där det står, vilket skapar en djupare förståelse för det material som analyseras. Vid utförandet av kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på att beskriva och tolka olika slags texter, såsom utskrifter av intervjuer, videoinspelningar eller observationsprotokoll och därefter identifiera mönster i innehållet. Både induktiv och deduktiv ansats kan väljas vid analysen, där induktiv ansats utgår från empirisk data medan deduktiv ansats utgår från redan befintlig mall, modell eller teori. Forskaren kan även välja mellan att fokusera på manifest innehåll dvs det uttryckligen sagda och/eller latent innehåll, dvs den underliggande innebörden (Elo & Kyngäs, 2008).

Kontext

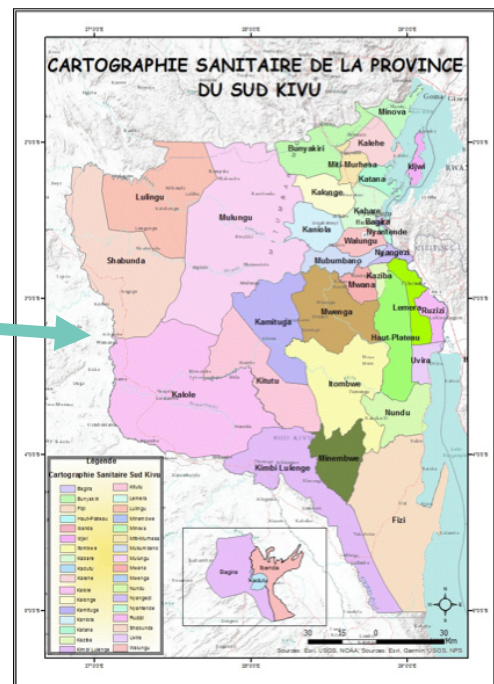
Studien är utförd inom ramen av Panzi_UGOT_Laerdalprojektet i DRK, som syftar till att bidra till minskad mödra- och nyföddhetsdödlighet i Ibanda hälsozon, Bukavu.

Demokratiska Republiken Kongo är uppdelat i 26 provinser som i sin tur har flertalet hälsozoner. Ibanda hälsozon är belägen i staden Bukavu, som är huvudstaden i södra Kivu-provinsen i östra DRK. År 2017 hade Ibanda hälsozon 452,608 invånare och 40 vårdenheter varav ett specialistsjukhus (Panzisjukhuset), ett allmänsjukhus, fyra centralsjukhus och 34 vårdcentraler. Det fanns möjlighet att utföra kejsarsnitt på sjukhusen, men inte på vårdcentralerna. Totalt föddes 15,914 barn i Ibanda hälsozon under 2017 (Mukwege & Berg, 2016).

Sju olika vårdenheter i Ibanda hälsozon valdes ut av professor dr Denis Mukwege för att delta i studien, vilket resulterade i att en fokusgruppsintervju gjordes på Panzisjukhuset och resterande intervjuer på sex vårdenheter som hade Panzisjukhuset som specialistsjukhus (Refferal Hospital). Fyra av de inkluderade vårdenheterna var centralsjukhus och två var vårdcentraler. Här nedan presenteras en karta över DRK:s provinser och Ibanda hälsozon.



(Bild 1, DRK:s 26 provinser)



(Bild 2, Södra Kivu-provinsen och Ibanda Hälsozon)

Urval/Deltagare

Allmän inbjudan skickades ut till samtliga sju utvalda vårdenheter i Ibanda hälsozon i Bukavu, DRK. Inbjudan gjordes av den nationella projektkoordinatören, som var förlossningsläkare på Panzisjukhuset. Inklusionskriterierna för att få delta i fokusgruppsintervjuerna var att det skulle vara personal som bistår vid en förlossning och att personalen skulle vara över 18 år. Sammanlagt valde 35 informanter att delta i studien. Deltagarna var legitimerade läkare, specialisläkare, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor samt en laboratorietekniker och en chef. Tabell över deltagarnas personinformation presenteras här nedan.

(Tabell 1, Person information for the Focus Group Discussion)

Deltagarnas personinformation	
Antal kvinnliga deltagare	22
Antal manliga deltagare	13
Ålder (tidsspänn)	24–59
Ålder (median)	41

Profession	-
Allmänläkare medicin	9
Sjuksköterska	13
Barnmorska	7
Anestesisjuksköterska	2
Gynekolog	1
Barnläkare	1
Laboratorietekniker	1
Chef på medicinavdelningen	1
Totalt antal deltagare	35
Antal år inom professionen (tidsspann)	2–39
Antal år inom professionen (median)	9
Antal år på nuvarande arbetsplats (tidsspann)	0,5–33
Antal år på nuvarande arbetsplats (median)	4

Datinsamling

Förberedelse inför intervju

För att öka chansen att samla data som svarar på studiens syfte utformades en intervjuguide med semistrukturerade frågor (Bilaga 1). Semistrukturerad intervjuguide innebär att forskaren först utformar några öppna frågor som ställs till alla, såsom ”Kan ni berätta om vilka hinder ni har för att uppnå vård av hög kvalitet?” och därefter formas följdfrågor som får bero på informanternas svar såsom ”Kan du ge ett exempel”. Målet med semistrukturerade intervjuer är att skapa en god dialog med informanten, där det råder en balans mellan ett strukturerat och ett förutsättningslöst samtal. Detta för att säkerställa att det finns en röd tråd genom samtalet utan att informanten upplever intervjun som ett förhör. Informanten ska uppleva intervjun som öppen, men inte ostrukturerad och oseriös (Kvale & Brinkman, 2014).

Genomförande av intervju

Sju semistrukturerade fokusgruppsintervjuer utfördes i mars 2019 på informanternas arbetsplats på samtliga sju utvalda vårdenheter i Ibanda Hälsozon, Bukavu, DRK.

Fokusgruppsintervjuerna hölls på franska med tre till sju informanter i varje fokusgrupp och

leddes av två forskare från Göteborgs universitet. Fokusgrupperna var tvärprofessionella. Samtliga intervjuer spelades in och varade i 30–60 minuter. Den utformade intervjuguiden användes som stöd under intervjuerna.

Dataanalys

Samtliga inspelade intervjuer transkriberades till text och översattes från franska till engelska av två forskare från Göteborgs universitet. Därefter analyserades den transkriberade texten av författaren med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2008), utifrån WHO:s teoretiska ramverk för ”Quality of maternal and newborn health care” (Tuncalp m.fl., 2015). Analysen påbörjades genom att intervjuerna lästes upprepade gånger i sin helhet för att skapa en djupare förståelse för innehållet. Det innehåll som svarade på syftet färgkodades och lästes om på nytt. Efter att författaren skapat en förståelse av innehållet i sin helhet påbörjades organisering av materialet. När en innehållsanalys med deduktiv ansats används, innebär det att forskaren utgår från ett redan befintligt kodningsschema, baserat på en modell eller teori, när materialet organiseras (Elo & Kyngäs, 2008). Teorin som användes i studien är WHO:s teoretiska ramverk för quality of maternal and newborn health care (Tuncalp m.fl., 2015).

WHO:s teoretiska ramverk består av åtta områden för vårdkvalitet. De första sex områdena är uppdelade i två dimensioner; Utförd och upplevd vård, som handlar om hur personalen kan ge vård av hög kvalitet och vad patienterna behöver för att uppleva att vården är av hög kvalitet. Inom dimensionen utförd vård tillhör område 1: Evidensbaserade vådrutiner och hantering av komplikationer, område 2: Handlingsbara informationssystem och område 3: Fungerande referenssystem. Inom dimensionen upplevd vård tillhör område 4: Effektiv kommunikation, område 5: Respekt och bevarande av värdighet, samt område 6: Emotionellt stöd. Område 7 handlar om att ha kompetent och motiverad personal och område 8 handlar om att ha tillgänglig nödvändig utrustning för att kunna ge vård av hög kvalitet. För att kunna uppnå förbättring inom varje område används åtta vårdstandarder, en för varje område. För att säkerställa att standarderna är tillräckligt specifika och fokuserade finns 2–13 kvalitetskriterier för varje standard för att tydligare kunna guida och mäta förbättringarna av kvalitet inom mödra- och nyföddhetsvård på vårdenheterna (Tuncalp m.fl., 2015). Det teoretiska ramverkets åtta områden användes som kategorier i analysen.

När intervjuerna hade lästs i sin helhet analyserades materialet utifrån studiens syfte, för att hitta meningsbärande enheter, det vill säga meningsbärande delar av texten. Fokus låg på att analyserade det manifesta innehållet, det vill säga det som uttryckligen stod i texten och inte det latenta. När meningsbärande enheter hade hittats, kondenserades dem och kodades. Koderna skapades med hänsyn till de meningsbärande enheternas kontext och studiens syfte

(Elo & Kyngäs, 2008). Till sist placerades koderna under de åtta befintliga kategorierna i WHO:s teoretiska ramverk.

Sista fasen av analysprocessen går ut på att redogöra för resultatet, vilket kan göras på olika sätt såsom med text, citat, tabeller och/eller figurer (Elo & Kyngäs, 2008). Här är det viktigt att resultatet skildrar det som informanterna har sagt och att forskaren är medveten om sin egen förförståelse och hur det kan påverka tolkningen av resultatet. För att öka studiens trovärdighet är viktigt att det finns en röd tråd genom hela studien och att resultatet är så tillförlitligt och pålitligt som möjligt (Graneheim & Lundman, 2004).

Etiska överväganden

Etiskt godkännande har givits från Universitetet i Bukavus etiska kommitté och de forskningsetiska principerna i Helsingforsdeklarationen har gett etisk vägledning under studiens gång. De fyra forskningsetiska principerna inom individsskyddskravet är; Informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet (Helsingforsdeklarationen, 2018).

Enligt informationskravet har samtliga informanter som deltagit i fokusgruppsintervjuerna erhållit noggrann muntlig information om studiens syfte och vad resultatet skall användas till. Informanterna fick även information om att deltagandet i studien var frivilligt och att de fick avbryta deltagandet när som helst under processen, utan att behöva ge en förklaring till varför. Enligt samtyckeskravet gav samtliga informanter muntligt samtycke innan de deltog i studien. Enligt konfidentialitetskravet behandlades alla uppgifter om och från informanterna på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av dem. Detta för att bevara informanternas integritet och sekretess. Informanterna fick information om att deras identiteter skulle avidentifieras så att de hölls anonyma i studien och att allt som sades skulle stanna mellan informanterna och de forskare som var delaktiga i studien. Enligt nyttjandekravet har alla inhämtade uppgifter använts för forskningsändamål (Helsingforsdeklarationen, 2018).

Det har även gjorts en risk-nytta-analys, där en avvägning mellan studiens nytta och risker för deltagarna gjordes. Inom forskning som involverar människor är det viktigt att bedöma vilken typ av nytta som forskningen kan bidra med och för vem, samtidigt som det är viktigt att säkerställa att inte deltagarna utsetts för fysisk eller psykiskt skada, obehag eller integritetsintrång (Helsingforsdeklarationen, 2018). I denna studie har intervjufrågorna utformats så att deltagarna fått möjlighet att uttrycka sina egna upplevelser och erfarenheter. Frågorna har inte utformats för att väcka obehag eller vara integritetskränkande. Då denna studies syfte var att undersöka vårdgivares erfarenheter kring vilka möjligheter och hinder det

finns för att ge vård av hög kvalitet på vårdenheter, var det viktigt att ta reda på vårdgivarnas egna erfarenheter och därför utfördes intervjuerna. Intervjuerna utfördes också med målet att förhoppningsvis kunna bidra till förbättrade vårdrutiner på vårdgivarnas arbetsplatser och därmed möjliggöra ökad vårdkvalitet. Därmed bedömdes riskerna med deltagandet i studien inte överväga nyttan med studien.

Resultat

Resultatet presenteras under WHO:s teoretiska ramverks åtta kategorier: Evidensbaserade vårdrutiner och hantering av komplikationer, Handlingsbara informationssystem, Fungerande referenssystem, Effektiv kommunikation, Respekt och bevarande av värdighet, Emotionellt stöd, Kompetent och motiverad personal och Tillgänglig nödvändig utrustning. För att konkretisera dessa kategorier inleds varje kategori med WHO:s vårdstandarder för vårdkvalitet. Översikt av analysprocessen visas i bilaga 2.

Evidensbaserade vårdrutiner och hantering av komplikationer

Every woman and newborn receives routine, evidence-based care and management of complications during labour, childbirth and the early postnatal period, according to WHO guidelines.

För att öka möjligheten att förebygga komplikationer, såsom postpartumblödning, gav vårdgivarna alltid oxytocin postpartum i förebyggande syfte. Vårdgivare från en av de inkluderade vårdenheter uppgav också att de inte hade haft någon mödradödlighet på fyra år. I övrigt lyftes fler hinder än möjligheter för att kunna ge evidensbaserad vård och korrekt hantering av komplikationer.

Enligt vårdgivarna var en kvalitetskriterie för att uppnå god och säker vård som bygger på evidensbaserad kunskap, att säkerställa att kvinnor får korrekt handläggning postpartum. Detta för att bland annat förebygga komplikationer, såsom postpartumblödning. På samtliga inkluderade vårdenheter ansågs detta vara ett problem då platsbrist både under och efter förlossningen försvårade vårdgivarnas arbete kring uppföljning av kvinnorna postpartum. En vårdgivare uppgav att enligt deras vårdrutiner skulle kvinnorna följas upp kontinuerligt två timmar postpartum, men att det inte fanns möjlighet till det på grund av brist på plats. Vårdgivarna tvingades även blanda kvinnor med och utan komplikationer, vilket försvårade

uppföljningen av komplikationer postpartum. Ibland behövde även kvinnor med och utan infektioner vistas i samma rum, vilket bidrog till ökad infektionsrisk.

There is a lack of space to keep the women 2 hours at labour ward after birth (...) This leads to that we can't monitor the women as necessary (...) there can be postpartum haemorrhage and the woman can get into shock. If we come too late, she can even die. (FGD 1)

Det fanns en önskan om att kunna erbjuda alternativa vårdrutiner som främjade förlossningsprocessens progress och minskade stress, såsom att sitta på pilatesboll/stol eller gå med gåbord, men på samtliga vårdenheter uttryckte vårdgivarna att det inte fanns möjlighet till det då rummen och lokalerna var för små.

Ett annat vanligt förekommande problem var att kvinnorna kunde vägra erhålla nödvändiga interventioner under förlossningsprocessen såsom blodtrycks- och blodprovstagning, på grund av kostnader, då varje intervention kostade pengar och patienten själv stod för betalningen. Detta ökade enligt vårdgivarna risken för komplikationer.

The economic situation for the women is an obstacle. For instance if a woman arrives dilated at 7 cm and would need an iv catheter and we would want to check her HB she can refuse as she knows that every such intervention has a cost implication, which she can't afford. This means that if this woman has a haemorrhage, we can't manage her according to our protocols and the risk for sever complication occurs. (FGD 1)

För att kunna ge evidensbaserad vård under och efter förlossning uppgav vårdgivarna att det behövdes nödvändig utrustning såsom syrgastuber, kuvöser, sugklockor och mediciner, men på nästan alla vårdenheter var avsaknaden av just detta ett stort hinder för att kunna säkerställa evidensbaserad vård. Det framkom att staten gav vårdenheterna rutiner som skulle följas, men gav inget stöd för att rutinerna skulle kunna verkställas, såsom genom finansiering eller genom att förse vårdenheterna med nödvändig utrustning.

Handlingsbara informationssystem

The health information system enables use of data to ensure early, appropriate action to improve the care of every woman and newborn.

Informationssystemet på specialistsjukhuset möjliggjorde en omedelbar analys av blod samt att vårdgivarna kunde få laboratoriesvar fort, vilket skapade möjligheter för vårdgivarna att

genomföra en tidig diagnos och därmed en snabb vårdplan. På övriga vårdenheter lyftes detta som en brist, vilket resulterade i svårigheter att handlägga och planera vården.

Förutsättningar för att använda diagnostisk utrustning, till att exempelvis säkra adekvat handläggande, var bristfälliga. Flertalet vårdenheter saknade ultraljudsapparat, vilket gjorde det svårt att bland annat verifiera graviditetslängd eller hjärtfrekvens som var svårlyssnad med tratt (Pinnards). Som ett resultat kunde vårdgivarna inte följa rekommenderade vådrutiner för normal graviditet såsom utförandet av tre ultraljud. En vårdgivare uppgav att deras ultraljudsapparat blev stulen av militären.

We have no ultrasound (...) one week ago it was stolen by the armed militaries. We can't verify the estimate date of birth nor verify fetal heart rates when it could not be verified by the pinnards (FGD 3)

Andra hinder som framkom var avsaknad av utrustning för att till exempel kunna utföra laboratorieprov och obstetrisk monitorering, CTG.

Fungerande referenssystem

Every woman and newborn with condition(s) that cannot be dealt with effectively with the available resources is appropriately referred.

Ett fungerande referenssystem var en viktig faktor för att möjliggöra trygg och säker transport av patienter och för att kunna hänvisa patienter till adekvat vårdnivå i tid. På två av de inkluderade vårdenheterna upplevde vårdgivarna att de hänvisade patienter i tid. På övriga vårdenheter upplevde vårdgivarna att de hade problem med sitt referenssystem. Avsaknaden av ambulans hindrade vårdgivarna från att hänvisa patienter som var i behov av mer omfattande vård. Vårdgivarna tvingades antingen ringa till specialistsjukhuset för att skicka ambulans därifrån, vilket kunde ta lång tid, eller använda taxi alternativt motorcykel för att transportera patienterna, ofta på dåliga och farliga vägar. Detta resulterade i att patienterna många gånger anlände till referenssjukhuset i ett dåligt hälsotillstånd.

Transfers are dangerous as the roads are bad. We need to call an ambulance from Panzi, which is far away. Instead we use a taxi with nurse and midwife accompanied. (FGD 4)// When a newborn has a complication, we can't treat it. We need to refer the baby to Panzi hospital (...) we don't have an ambulance. Instead we have to go out in the street to catch a taxi. Sometimes we need to catch a motorcycle, if it's really urgent. (FGD 7)

Effektiv kommunikation

Communication with women and their families is effective and responds to their needs and preferences.

God och effektiv kommunikation ansågs vara grundläggande för att kunna ge patienten vård av hög kvalitet. På en av vårdenheterna uppgav vårdgivarna att de oftast lyckades upprätthålla god kommunikation med kvinnorna och deras familjer. De uttryckte att när de tog emot kvinnorna gick de noggrant igenom deras journaler och gjorde medicinska ändringar i överenskommelse med dem. Det lades också stor vikt vid att förklara varför dessa ändringar gjordes. Detta har medfört att vårdgivarna har fått ett gott rykte bland vårdtagarna.

When the women come, we make thorough assessment, sometimes we change medical care, but we do this in agreement with the women. And we explain why. It seems we have a good reputation. It's the patients that spread the good rumours (FGD 5)

Ett hinder för effektiv kommunikation var att många patienter var fattiga och hade låg utbildning, vilket försvårade vårdgivarnas jobb att försöka motivera patienterna till olika fördelaktiga beslut angående deras vård under graviditet och förlossning.

Respekt och bevarande av värdighet

Women and newborns receive care with respect and preservation of their dignity.

På en av de inkluderade vårdenheterna lyftes att ingen kvinna eller nyfött barn ska nekas vård, därför lades stor vikt vid att ge akutsjukvård till alla som behövde den, utan ekonomisk kompensation.

Vårdgivarna uppgav att en viktig del för att kunna respektera kvinnans integritet och bevara hennes värdighet är att säkerställa att kvinnan kan ha en privat förlossning, men då bristen på integritet var ett problem på vårdenheterna, både under förlossningen och postpartumperioden, kunde detta mål inte nås. Det var inte ovanligt att två kvinnor behövde dela säng även om en av dem födde. I dessa fall bad vårdgivarna den andra kvinnan att hålla för ögonen.

Sometimes it's impossible to move a woman and then there are two women in the same bed. Sometimes it happens that one woman gives birth there, then we ask the other woman to cover her eyes (...) There is no private sphere at all. This can lead to blockage of the labour process (FGD 1)

Flera vårdgivare lyfte att kränkningarna av kvinnornas integritet ofta berodde på bristen på sängar postpartum.

There is an adequate number of beds for the post-partum period. There are two beds, but we care for seven women who share these beds. (FGD 3)

Vårdgivarna var medvetna om att ingen kvinna eller nyfött barn skulle hållas kvar mot sin vilja efter avslutad vård, men trots det kunde kvinnor tvingas stanna kvar på vårdenheter uppåt tre till sex månader för att de inte hade råd att betala för vården.

Emotionellt stöd

Every woman and her family are provided with emotional support that is sensitive to their needs and strengthens the woman's capability.

Vårdgivarna på en av vårdenheter upplevde att de var duktiga på gott bemötande. Detta genom att se varje kvinna och skapa en god relation med henne. De uppgav att en förtroendefull relation skapades redan under antenatalvården, och om de lyckades skapa en förtroendefull relation tidigt skulle den fortsätta under förlossningen.

We are good in encounter women, to see them and to establish a good relationship. A trusting relationship starts already during antenatal care. If we have created a trusted relationship, this good relationship will continue during labour and birth (FGD 5)

Ett hinder som framkom var att det med vissa individer, av personliga skäl, kunde vara svårt att skapa en god och förtroendeingivande relation.

Kompetent och motiverad personal

For every woman and newborn, competent, motivated staff are consistently available to provide routine care and manage complications.

På specialistsjukhuset upplevde vårdgivarna att personalen hade hög kompetens och att adekvat personal alltid fanns tillgänglig när det behövdes. Vårdgivare från flera andra vårdenheter upplevde att de hade tillräckligt med personal och att det fanns ett gott samarbete mellan professionerna, där de skapade en öppen dialog vid hantering av konflikter och löste problemen ihop. Det framkom också att personalen var motiverad och passionerad.

Everyone is working with a high level of awareness. If we have a problem, we discuss it among us. We solve the problems together. We have a very good teamwork. (FGD 5)

På en av vårdenheterna upplevde vårdgivarna att barnmorskorna var väldigt skickliga och kompetenta, där de bland annat inte haft någon sfinkterruptur då barnmorskorna var duktiga på att skydda perineum.

Ett problem som lyftes var att vidareutbildning av vårdgivarna i stort sett var obefintlig. Detta tillkortakommande resulterade i brist på kunskap kring evidensbaserad vård. En orsak till bristen på kunskap kring evidensbaserad vård var bland annat avsaknad av internet. En vårdgivare uppgav att avsaknad av internet medförde att personalen inte hade tillgänglighet till ny kunskap på samma sätt som de önskade, utan fick nöja sig personalens redan befintliga kunskap.

Most of us have not gotten any formal in-clinic training since we completed our pre-service/professional education. We try to solve this through organizing our own in-service trainings by using our doctors that have been at the university, but they only have their own notes (...) we need to have access to new evidence-based knowledge, but to do that we need internet. We don't have internet so we can't access new knowledge. (FGD 4)

Vårdgivarnas löner lyftes också som ett problem, då de var instabila och kunde variera varje månad. Detta på grund av att deras inkomst finansierades av patienterna och var därför beroende av patienternas möjlighet att betala för vården.

Tillgänglig nödvändig utrustning

The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.

På specialistsjukhuset uppgav vårdgivarna att nödvändig utrustning under förlossning och postpartumperioden samt mediciner, fungerande blodbank och elektricitet fanns tillgängligt dygnet runt. Några av de andra inkluderade vårdenheterna hade tillräckligt antal förlossningssängar, fungerande kyl för förvaring av blod och tillräckligt med utrustning för att handhåva en normal förlossning. I övrigt var avsaknad av tillgänglig nödvändig utrustning stor.

Ett hinder som var vanligt förekommande var brist på plats både under och efter förlossningen. På flera vårdenheter fanns endast en förlossningssal och en förlossningssäng, vilket försvårade omhändertagandet av förlossningar. Platsbristen medförde även att det inte fanns plats för tillräckligt många sängar postpartum, vilket kunde leda till att tre kvinnor behövde dela säng efter förlossningen.

Bristande elförsörjning och ett instabilt elnät var också ett stort problem. På tre vårdenheter uppgav vårdgivarna att de hade elektricitet tre timmar om dygnet medan elektricitet fanns sex till åtta timmar på vissa andra vårdenheter, men där kunde de också vara utan två dygn i sträck. Bristen på elektricitet medförde att livsavgörande elektronisk utrustning, såsom syrgas för återupplivning, inte kunde användas och att vårdgivarna tvingades använda facklor för att lokalisera blödningar. Detta resulterade även i svårigheter att utföra säkra operationer på grund av svag belysning i operationssalen.

There is a lack of electricity. This is very limited, 3/24 h. There is one generator, but it does not function for now. We have started solar panels, but those have limited capacity. Thus, we need to work with a torch at nighttime. (FGD 2)

Ett annat hinder var bristen på nödvändig utrustning och material för att vårda kvinnan och det nyfödda barnet. Alla vårdenheter förutom specialistsjukhuset hade brist på utrustning för neonatal återupplivning och vård av prematurer såsom syrgastub, ventilationsmask, kuvöser och värmelampor. Detta var en bidragande faktor till den höga nyföddhetsdödligheten.

There is lack of materials to treat asphyxia. We maybe have knowledge about resuscitation but are unable to do it because of lack of materials. (FGD 5)//We can't give two babies

oxygen simultaneously because we do not have two masks, we only have one. (FGD 2)//One obstacle is that we don't have a neonatal unit and a lot of equipment around neonatal resuscitation is lacking. We can aspirate and ventilate but we don't have an oxygen machine (FGD 7)

Avsaknaden av nödvändiga mediciner under förlossning samt för de nyfödda barnen lyftes också upp som ett problem. En orsak som nämndes var kostnaden. Då vårdenheterna varken fick hjälp av staten eller hälsosystemet, utan patienterna behövde stå för alla kostnader själva, hade vårdenheterna inte råd att införskaffa alla mediciner som behövdes.

There is insufficiency of medicines related to labour and also for resuscitation of newborns like the lack of neurophine and methergine (...) we can't treat everyone that needs to be treated with medicines. We have no stock because we are an auto financed organization which means we can't afford enough medicines to maintain a sufficient stock. (FGD 2)

Övriga hinder som framkom var bland annat avsaknad av sugklocka, fungerande blodbank, möjlighet att sterilisera instrument, IT och fungerande doptoner. På en vårdenhet framkom det också att de ibland hade brist på vatten i upp till 24 timmar.

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet med studien är att beskriva vårdgivares erfarenheter av vilka möjligheter och hinder det finns i Bukavu, DRK, för att kunna ge vård av hög kvalitet, har en kvalitativ metod valts. Enligt Polit och Beck (2018) är kvalitativ metod lämplig när syftet är att försöka ta reda på andra människors erfarenheter och upplevelser. Inom kvalitativ forskning är det viktigt att säkra studiens trovärdighet genom att diskutera studiens pålitlighet, giltighet/tillförlitlighet och överförbarhet. I studien kvalitetssäkrades detta genom användning av Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). I metoddiskussionen diskuteras samtliga delar av metoden.

Design

Efter övervägande av flera kvalitativa metoder valdes innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) då den anses lämplig när analysen går ut på att beskriva innehållet i en text. Då målet

med studien var att beskriva och lyfta vårdgivarnas erfarenheter valdes innehållsanalys, då innehållsanalys fokuserar på själva innehållet av det som sägs i det insamlade materialet, det vill säga det vårdgivarna har sagt. På så vis minskar risken för att resultatet skildrar författarens tolkningar (Polit & Beck, 2018). Innehållsanalys bedömdes också vara lämplig utifrån arbetets omfattning och den tidsram som gavs. För att få en tydlig struktur under analysprocessen valdes en deduktiv ansats utifrån WHO:s teoretiska ramverk för Quality of Care. WHO:s teoretiska ramverk ökar studiens giltighet då ramverket är avsett att användas för att förstå vårdenhetens existerande vårdsituation samt identifiera de brister som finns för att kunna ge vård av hög kvalitet och hur de kan förbättras (Tuncalp m.fl., 2015).

Kontext

Sju semistrukturerade fokusgruppsintervjuer utfördes på sju vårdenheter i Ibanda Hälsozon, Bukavu, DRK. Intervjuerna utfördes på deltagarnas arbetsplats, under deltagarnas pass, vilket kan vara en svaghet då det finns en risk att deltagarna kände sig mer stressade och inte var lika avslappnade som om de hade varit hemma i en lugnare miljö. Det kan däremot också vara en styrka då antalet deltagare möjligtvis hade sjunkit om de behövde hitta tid utanför jobbet för att delta i studien. På så vis kan det ha varit lättast att få till fokusgruppsintervjuerna när deltagarna ändå var på sin arbetsplats. Att ingen annan än forskarna som intervjuade och deltagarna fanns i rummet när fokusgruppsintervjuerna pågick är en styrka, då det ökar chansen för att bevara deltagarnas integritet och anonymitet. Deltagarna fick även information om att deras identiteter skulle avidentifieras i studien och att deltagandet var frivilligt samt att de kunde avbryta deltagandet när som helst under processen, vilket styrker studien ut ett etiskt perspektiv (Hälsingforsdeklarationen, 2018).

De sju vårdenheter som inkluderades i studien valdes av professor dr Denis Mukwege, vilket kan anses vara en svaghet då resultatet eventuellt hade sett annorlunda ut om andra vårdenheter hade inkluderats. Dessutom är hans förhållande till vårdgivarna på de inkluderade vårdenheterna oklart och kan därför ha påverkat vilka som deltog i studien och därmed studiens resultat.

Urval av deltagare

Allmän inbjudan skickades ut till samtliga sju inkluderade vårdenheter. Det var öppet för vem som helst som föll under inklusionskriterierna att delta i studien, vilket anses som en styrka då deltagarna inte var förvalda av de forskare som intervjuade och därmed påverkades inte urvalet av forskarna. En annan styrka med studien är att inklusionskriterierna inte var avgränsande mer än att personalen skulle bistå vid en förlossning och vara över 18 år, vilket är lämpligt då personal som bistår vid förlossning har erfarenheter av kvaliteten på den vård som ges under och efter förlossningen, vilket ökar resultatets pålitlighet och då deltagarna gav muntligt samtycke för att delta i studien var det lämpligt att de skulle vara över 18 år. Då

samtliga 35 deltagare som valde att delta i studien deltog i fokusgruppsintervjuerna blev det inget bortfall, vilket anses också vara en styrka (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Det som däremot kan anses vara en svaghet med urvalet är att det inte fanns någon inklusionskriterie som krävde att deltagarna skulle ha jobbat ett visst antal år innan de fick lov att delta i studien (Polit & Beck, 2018). Ett par av de informanter som deltog i denna studien hade arbetat på nuvarande arbetsplats i sex månader, vilket gör att de kanske inte hade lika bra inblick i hur läget såg ut på vårdavdelningen som de som arbetat där i flera år. Däremot kan det diskuteras om det även kan vara en styrka då de nyanställda vårdgivarna kanske kunde se situationen från en mer objektiv synvinkel och från ett annat perspektiv jämfört med de vårdgivare som vant sig vid hur situationen var på vårdenheten.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom sju semistrukturerade fokusgruppsintervjuer.

Semistrukturerade intervjuer anses vara en lämplig metod för datainsamling när erfarenhet av intervjuteknik saknas, då ett par förberedda öppna frågor kan underlätta intervjuarens struktur och fokus under samtalet (Polit & Beck, 2018). Användning av intervjuguide kan vara en fördel för intervjuaren då det ökar chansen att samla in material som svarar på syftet (Kvale & Brinkman, 2014), därför anses det vara en styrka att en intervjuguide användes under studiens fokusgruppsintervjuer. Valet av fokusgruppsintervjuer istället för enskilda intervjuer har både för- och nackdelar (Polit & Beck, 2018). Fördelarna är att deltagarna kunde ta hjälp av varandra och att maktförhållandet mellan intervjuarna och informanterna blev mer utjämnat än om informanterna hade varit själva. Fokusgruppsintervjuer är också ett fördelaktigt val om målet är att intervjua många informanter under färre tillfällen, då det är mindre tidskrävande men ger samtidigt stor chans att få ett varierat och brett resultat. Nackdelarna med fokusgruppsintervjuer är att det uppstår en risk för att deltagarna inte vågar säga allt de hade sagt i en enskild intervju framför gruppen, speciellt om de arbetar tillsammans (Polit & Beck, 2018). En annan nackdel är att grupperna var tvärprofessionella, vilket riskerar att det under intervjuerna uppstår en hierarkisk ordning där de som är högst upp på pyramiden tar störst plats, samtidigt som de längre ner enbart håller med och inte vågar säga emot eller uttrycka sina egna känslor (Kvale & Brinkman, 2014).

En punkt som är värd att diskutera är om antalet informanter och antalet intervjuer kan ha påverkat resultatet. Antalet inkluderade vårdenheter, sju stycken, anses vara en svaghet då fler inkluderade vårdenheter hade kunnat bidra till mer information kring ämnet och därmed möjliggjort ett resultat med bredare variation av vårdgivares erfarenheter, vilket hade styrkt resultatets trovärdighet. En styrka är dock att det var ett högt antal deltagare, 35 stycken, och att det fanns stor variation bland deltagarna både vad gäller ålder, arbetserfarenhet och profession, vilket ökar chansen att få många olika synvinklar och erfarenheter kring ämnet. Detta ökar resultatets tillförlitlighet.

Att forskarna som intervjuade kunde franska var en fördel då det möjliggjorde att intervjuerna kunde hållas på franska istället för engelska, vilket gjorde att informanterna kände sig mer bekväma och kunde uttrycka sig på ett bättre sätt.

Dataanalys

Analysprocessens faser för innehållsanalys, enligt Elo och Kyngäs (2008), har följts noggrant, vilket ökar studiens pålitlighet. Samtliga transkriberade intervjuer lästes i sin helhet upprepade gånger innan analysprocessen startade, för att fånga ett helhetsperspektiv. Även under analysens gång gick författaren ständigt tillbaka till texten, för att säkerställa att inget material glömdes bort och att de meningsbärande enheterna som valdes svarade på syftet och inte utgick från författarens förförståelse. Detta för att öka studiens pålitlighet. De transkriberade intervjuerna översattes från franska till engelska, vilket är en svaghet då det alltid finns en risk att viktigt material tappas bort när det översätts till ett annat språk. En styrka är dock att författaren gjorde kodningen på engelska och översatte inte materialet till svenska förrän resultatet var färdigt och skulle dokumenteras. På så vis minskar risken för att viktigt material försvunnit under analysprocessen, jämfört med om översättningen till svenska hade gjorts innan analysen påbörjades.

Att författaren inte var den som intervjuade kan både vara en styrka och en svaghet. En svaghet då författaren inte var den som var närvarande under själva intervjuerna och fick därmed inte alla intryck av det som sades av vårdgivarna, men det är samtidigt en styrka då författaren har kunnat se materialet med nya ögon utifrån och har även haft mindre förförståelse runt ämnet. Då fokus låg på att analysera det manifesta innehållet, inte det latent, var det dessutom mindre sårbart att författaren inte var närvarande under intervjuerna då författarens utgångspunkt var det som framgick i den transkriberade texten, och inte sådant som kunde tolkas mellan raderna i intervjusituationerna (Polit & Beck, 2018). Att författaren arbetade själv med analysen av materialet är en svaghet då olika uppfattningar och diskussion kring ämnet kan bidra till ett mer tillförlitligt resultat (Kvale & Brinkman, 2014). Dessutom var tidsramen som gavs för bearbetning av materialet begränsad vilket också kan påverka analysprocessen och därmed resultatet.

Handledaren som handlett författarens studie har granskat arbetet och funnits som stöd för författaren under hela processen. Handledarens vetenskapliga kompetens och tidigare erfarenheter av handledning anses vara en styrka för studien.

Förförståelse

Författarens tidigare erfarenheter kring situationen i DRK är mycket begränsade, vilket minskar risken för att författarens förförståelse har påverkat resultatet, men det går aldrig att

komma ifrån förförståelsen helt, då författarens erfarenheter och kunskap kring förlossningsvård och vad som anses vara vård av hög kvalitet riskerar att påverka utfallet. Författaren har varit väl medveten om sin förförståelse och har endast utgått från vårdgivarnas egna ord i studiens resultat, inte sina egna, vilket ökar studiens tillförlitlighet och pålitlighet.

Överförbarhet

Studios resultat anses inte kunna generaliseras med tanke på metodens begränsningar. Överförbarheten kan däremot diskuteras då WHO:s teoretiska ramverk är ett vedertaget ramverk för mätning av vårdkvalitet (Tuncalp m.fl., 2015), vilket gör att resultatet kan vara överförbart i liknande situationer på andra vårdenheter där vårdkvaliteten behöver mätas. Då studios resultat dessutom innehåller lämpliga citat, stärks resultatets överförbarhet och trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Studios resultat beskriver vårdgivarnas erfarenheter av möjligheter och hinder för att ge vård av hög kvalitet på sju vårdenheter i Ibanda hälsozon, Bukavu, DRK. Kärnan i resultatet är att samtliga vårdenheter är långt ifrån att uppfylla de kvalitetskriterier som behövs för att uppnå vård av hög kvalitet enligt WHO:s teoretiska ramverk (Tuncalp m.fl., 2015). Det fanns tydliga brister inom varje kategori och även om vårdgivarna lyfte en del möjligheter, fanns samtidigt många hinder för att vårdenheterna skulle kunna uppnå vård av hög kvalitet. I resultatdiskussionen har de sex första kategorierna, i enlighet med WHO:s teoretiska ramverk, delats upp i två dimensioner: Utförd vård, som handlar om hur personalen kan ge vård av hög kvalitet och upplevd vård, som handlar om vad patienterna behöver för att uppleva att vården är av hög kvalitet. Därefter diskuteras de två sista kategorierna, som handlar om att ha kompetent och motiverad personal samt tillgänglig nödvändig utrustning (Tuncalp m.fl., 2015).

Utförd vård

För att kunna utföra vård som uppnår WHO:s kriterier för vård av hög kvalitet krävs det att vårdenheter har evidensbaserade vårdrutiner och korrekt handledning av komplikationer, handlingsbara informationssystem samt ett fungerande referenssystem (Tuncalp m.fl., 2015). Under samtliga områden förekom brister på vårdenheterna i denna studien. En orsak till att kvalitetskriterierna för evidensbaserade vårdrutiner och korrekt handläggning av komplikationer inte uppnåddes, var att det fanns tydliga brister i omhändertagandet av kvinnor postpartum. Även brist på ekonomi var en bidragande faktor, då kvinnorna kunde avböja nödvändiga och ibland livsviktiga interventioner på grund av interventionskostnaden. I övrigt var avsaknad av ultraljudsapparater, laboratorier, ambulans och säkra transportsträckor

mellan vårdenheterna hindrande för att kunna ha ett fungerande informationssystem och referenssystem.

Bristerna inom den vård som utförs på vårdenheter i Kongo styrks av andra studier där bland annat 1,555 vårdenheter i Kongo undersöktes med syfte att kartlägga hur många av dem erbjöd grundläggande akut obstetrisk vård (BEmOC) och omfattande akut obstetrisk vård (CEmOC). För att kunna erbjuda BEmOC och CEmOC måste vårdenheterna bland annat utföra vård som är baserad på evidens och ha ett fungerande referenssystem (WHO m.fl., 2009). Tyvärr erbjöd endast 9,1% av vårdenheterna BEmOC och 2,9% CEmOC (Mpunga Mukendi m.fl., 2019). Då adekvat EmOC har visat sig bidra till minskad mödra- och nyföddhetsdödlighet (Lee m.fl., 2011; WHO, 2016) är resultatet mycket allvarligt.

För att säkerställa att vården som utförs är av hög kvalitet måste den vara baserad på evidens och vara säker för patienten (Tuncalp m.fl., 2015; Kruk m.fl., 2018) och då bristande vårdkvalitet anses nu vara det största hindret för att minska den globala mödra- och nyföddhetsdödligheten (Kruk m. fl., 2018) är det av största vikt att samtliga inkluderade vårdenheter ser över sina vårdrutiner i syfte att förstärka evidensen och säkerheten bakom den vård som utförs. Vårdenheternas bristande rutiner postpartum ökar risken för komplikationer såsom postpartumblödning och då postpartumblödning är en av de vanligaste orsakerna till mödradödlighet (Lozano m.fl., 2012) är de bristande rutinerna direktkopplade till den höga mödradödligheten i Kongo. Utan en tydlig förbättring riskerar mödra- och nyföddhetsdödligheten fortsätta vara hög och förhoppningen om att lyckas uppnå de globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030 blir allt svårare att uppfylla.

Upplevd vård

För att öka chansen att de kvinnor som söker sexuell och reproduktiv vård skall uppleva att vården de erhåller är av hög kvalitet, är det viktigt att de behandlas med respekt och värdighet samt får tydlig information och emotionellt stöd av vårdgivarna (Tuncalp m.fl., 2015). Vårdgivarna upplevde att detta säkrades på vårdenheterna, då att de uttryckte att de skapade en god relation med kvinnorna samt gav information och stöd. Däremot var brist på integritet och kvarhållande av kvinnor efter förlossning de största hindren för att kunna uppnå WHO:s kvalitetskriterier för respektfullt bemötande och bevarande av kvinnans värdighet.

Ett av WHO:s kvalitetskriterier är att ingen kvinna eller barn skall hållas kvar mot sin vilja på en vårdenhet efter förlossningen (Tuncalp m.fl., 2015) men tyvärr är detta inte bara vanligt förekommande på de vårdenheter som inkluderades i studien, utan även på andra vårdenheter i Kongo. I en studie gjord i Lubumbashi, DRK:s näst största stad, visade resultatet att över hälften av de kvinnor som vårdats på Lubumbashis största sjukhus kvarhölls i upp till 30 dagar efter förlossningen för att de inte kunde betala för vården (Cowgill & Ntambue, 2019).

Andra studier visar att detta även är ett problem i andra delar av Afrika och i andra delar av världen såsom Asien, Latinamerika och Indonesien (Yates, Brookes & Whitaker, 2017; Miller m.fl., 2016). Den vanligaste orsaken till kvarhållning på vårdenheter i DRK är brist på ekonomi (Cowgill & Ntambue, 2019; Ntambue m.fl., 2019). Detta är även något som framkom på flera vårdenheter i studiens resultat. Då DRK:s budget för hälso- och sjukvård är långt under det som krävs enligt deklARATIONEN om universell hälsoteckning (UHC), behöver mer än 93% av vårdtagarna i DRK själva stå för vårdkostnaden och då stor del av befolkningen lever i extrem fattigdom blir detta ett problem. Om de inte kan betala för vården blir konsekvensen antingen att de inte får erhålla nödvändig vård eller hålls kvar mot deras vilja efter de erhållit vård, för att säkerställa att de betalar för den (Ntambue m.fl., 2019).

Att hålla kvar kvinnor mot deras vilja är ett brott mot deras sexuella och reproduktiva rättigheter (Starrs m.fl., 2018) och är inte i enighet med vad WHO anser vara vård av hög kvalitet (Tuncalp m.fl., 2015). Utöver kvarhållning har studier också visat att kvinnor som inte kan betala för vården får sämre bemötande, mindre information och blir behandlade med mindre respekt (Ntambue m.fl., 2019; Burrowes m.fl., 2017; Kruk m.fl., 2018; Arnold, Teijlingen, Ryan & Holloway, 2018). Detta går emot barnmorskans kompetensbeskrivning då barnmorskan skall utgå ifrån alla människors lika värde, stödja patientens värdighet och integritet samt skapa god kommunikation som bygger på ömsesidig respekt (ICM, 2017). Respektfullt bemötande kostar ingenting och borde vara en självklarhet bland alla vårdgivare, därför anser jag att bemötandet och kommunikationen på samtliga inkluderade vårdenheter borde förbättras. Vad gäller kvarhållning var det tydligt att de inkluderade vårdenheterna hade svårt att få ihop ekonomin på grund av landets bristande styrning och var därmed beroende av patienternas betalning, men samtidigt kostar det också pengar att hålla kvar kvinnorna längre än vad de behöver, då de tar upp plats och behöver mat etc. (Cowgill & Ntambue, 2019) och då kvarhållning kränker kvinnornas rättigheter anser jag att detta är något som absolut inte skall förekomma på vårdenheterna. Det är önskvärt att vårdenheterna ser över sina rutiner i syfte att skapa de bästa förutsättningarna för att kunna ge kvinnorna den vård de behöver och att de behandlar dem med den respekt och värdighet de förtjänar.

Kompetent och motiverad personal

Studiens resultat visade att vårdgivarna upplevde att det fanns ett gott samarbete mellan professionerna och att det fanns en öppen dialog och gemensam problemlösning. Detta lyftes som en viktig faktor för att behålla en god stämning samt motiverad och passionerad personal. Däremot fanns tydliga brister på personalkompetens och kunskap om evidensbaserad vård, då vidareutbildning för vårdgivarna var så gott som obefintlig och avsaknad av internet bidrog till minskad tillgänglighet av ny evidensbaserad kunskap. Endast på specialistsjukhuset uppgav vårdgivarna att personalen hade hög kompetens och att adekvat personal alltid fanns tillgänglig när det behövdes.

Bristen på personalutbildning och personalkompetens på vårdenheter i låg- och medelinkomstländer styrks av andra studier, där resultaten har visat att det finns många vårdgivare som inte har tillräcklig utbildning och klinisk träning för att kunna tillgodose vård av hög kvalitet och utför därför mindre än hälften av de evidensbaserade vårdåtgärder som rekommenderas (Kruk m.fl., 2018; Arnold m.fl., 2018). Ett gott samarbete samt motiverad och passionerad personal, vilket lyftes av många deltagare i studien, är dock en positiv faktor för att möjliggöra vård av hög kvalitet, då motiverad personal oftast fattar färre dåliga medicinska beslut och gör färre misstag, samtidigt som de oftare behandlar patienter med respekt och värdighet. Det har också visat sig att ett gott samarbete mellan professionerna ökar personalens kompetens och därmed möjligheterna till att tillgodose vård av hög kvalitet (Kruk m.fl., 2018; Renfrew m.fl., 2014). Samtidigt räcker det inte att ha motiverad och passionerad personal för att kunna tillgodose vård av hög kvalitet, utan då krävs det också att personalen besitter tillräcklig kunskap och har fått tillräcklig utbildning för att kunna utföra den vård som förväntas av dem. Därför är barnmorskeutbildning, som faller under ICM:s internationella standarder, extremt viktig för att kunna tillgodose mödra- och nyföddhetsvård av hög kvalitet och därmed minska den globala mödra- och nyföddhetsdödligheten (Renfrew m.fl., 2014; Hoope-Bender m.fl., 2014).

Bristande kunskap kring evidensbaserad vård och låg kompetens bland vårdgivare är en framstående orsak till varför vårdkvaliteten på vårdenheter i låg- och medelinkomstländer är låg och är därmed ett stort hinder för att kunna minska den globala mödra- och nyföddhetsdödligheten (Kruk m.fl., 2018). I linje med Kruk m.fl. (2018) behövs en ökad satsning på personalutbildning och klinisk träning på vårdenheterna, för om vårdenheterna inte kan möjliggöra god utbildning och klinisk träning för sin personal, kan personalen inte heller tillgodose god och säker vård av hög kvalitet.

Tillgänglig nödvändig utrustning

Studiens resultat visade att avsaknad av tillgänglig nödvändig utrustning var ett stort hinder för att uppnå vård av hög kvalitet. På samtliga vårdenheter uttrycktes flertalet problem inom området såsom avsaknad av elektricitet, vatten, mediciner, fungerande blodbank samt utrustning och material för att kunna vårda kvinnan och det nyfödda barnet. Det fanns även stor platsbrist både under och efter förlossning. Endast specialistsjukhuset hade all nödvändig utrustning och material, mediciner, fungerande blodbank och elektricitet dygnet runt, men även där kunde det saknas vatten i upp till 24 timmar, vilket är ett hinder till vård av hög kvalitet då det bland annat ökar infektionsrisken (Bhutta m.fl., 2014).

Studier har visat att vårdenheter i DRK är långt ifrån de enda som har problem med avsaknad av nödvändig utrustning. I flera låg- och medelinkomstländer, därav många länder i Afrika och Asien, har bristen på bland annat neonatal utrustning, mediciner, vatten och basal hygien

varit en stor bidragande faktor till den höga mödra- och nyföddhetsdödligheten (Bhutta m.fl., 2014; Kruk m.fl., 2018). Brist på ekonomi lyftes som ett stort hinder för att kunna förse studiens inkluderade vårdenheter med essentiell utrustning och detta problem styrks av andra studier då det har visat att flera av de länder som saknar nödvändig utrustning även har brist på ekonomi (Kruk m.fl., 2018). Samtidigt har DRK och andra låg- och medelinkomstländer skrivit på deklARATIONEN om universell hälsotäckning där de lovar att minst 15% av deras årliga nationella budget skall gå till hälso- och sjukvård, men många av länderna efterföljer inte detta (Boerma m.fl., 2014). Då DRK:s budget för hälso- och sjukvård är under 10% anser jag att det genast behöver ske en förändring där regeringen verkställer det som har lovat och ökar budgeten till minst 15%. I längden är det också mer ekonomiskt hållbart för landet, då det ökar chansen för att vårdenheter skall kunna utföra vård av hög kvalitet. Vård av hög kvalitet har nämligen visat sig vara ekonomiskt fördelaktig, speciellt i längden, eftersom den bidrar till minskning av skador och mortalitet, onödiga, dyra interventioner såsom kejsarsnitt istället för sugklocka och minskar risken för infektioner, vilket i sin tur minskar vårdtiden på sjukhusen. Dessutom bidrar vård av hög kvalitet till att människor fortare blir friska och kan fortare börja arbeta och fortsätta bidra till landets utveckling (Kruk m.fl., 2018).

Då avsaknad av tillgänglig nödvändig utrustning framför allt beror på brist på ekonomi orsakat av för låg nationell budget kan det vara svårt att snabbt få igenom en förbättring inom området. Därför vill jag också lyfta de förbättringar som inte kostar pengar och som vårdenheterna själva kan verkställa redan nu. Studier har visat att god kommunikation och emotionellt stöd under förlossning, snabb torkning och stimulering av barnet, sen avnavling, kontinuerlig hud-mot-hud, amning samt ökad information till kvinnor om bland annat minskade fosterrörelser och andra riskfaktorer under graviditeten skulle kunna förbättra förlossningsutfallen och även reducera mödra- och nyföddhetsdödligheten med upp till 50% (Bhutta m.fl., 2014). Därmed finns det tydliga möjligheter till förbättring, utan att vårdenheternas hindras av hälso- och sjukvårdens ekonomibrist.

Tillgänglig nödvändig utrustning är starkt kopplad till WHO:s övriga kategorier för vård av hög kvalitet, då det möjliggör evidensbaserad vård och hantering av komplikationer, skapar en möjlighet för personalen att kunna utföra den vård som rekommenderas och minskar behovet av att transportera patienter till andra sjukhus. På så vis är tillgänglighet av nödvändig utrustning på vårdenheterna fundamentalt för att kunna uppnå vård av hög kvalitet (Tuncalp m.fl., 2015; Kruk m.fl., 2018). Därför anser jag att det måste ske en förbättring inom området för att mödra- och nyföddhetsdödligheten i DRK skall kunna minska och de globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030 uppnås.

Slutsats

Studiens resultat visar att samtliga inkluderade vårdenheter är långt ifrån att uppnå WHO:s kvalitetskriterier för vård av hög kvalitet. Trots att vårdgivarna lyfte en del möjligheter, fanns samtidigt många hinder inom varje kategori, såsom brist på evidensbaserad vård, respektfullt bemötande, personalkompetens och tillgänglig nödvändig utrustning. Då vård av låg kvalitet nu anses vara det största hindret för att minska den globala mödra- och nyföddhetsdödligheten och samtidigt är en nyckelkomponent i rätten till hälsa och vägen till värdighet och rättvisa för kvinnor och barn, är det av största vikt att vårdkvaliteten på vårdanordningarna förbättras. Då DRK är bland de länder som har högst mödra- och nyföddhetsdödlighet i världen är det extremt viktigt att förbättringarna sker så snart som möjligt, om DRK ska kunna ha en chans att lyckas uppnå de globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030.

Kliniska implikationer

Denna studie kommer förhoppningsvis kunna bidra till ökad kunskap om vilka hinder och möjligheter det finns för att ge vård av hög kvalitet i Ibanda hälsozon i DRK. Resultatet kan användas i syfte att förbättra vårdrutiner, öka personalkompetensen och därmed öka möjligheterna till god och säker vård på vårdanordningarna i DRK. Den ökade kunskapen kan komma att spela en viktig roll inom reproduktiv och perinatal hälsa och kommer förhoppningsvis kunna bidra till mer jämlik vård med bättre hälsoutfall för mammor och nyfödda barn, vilket i sin tur kan bidra till minskad mödra- och nyföddhetsdödlighet i DRK. Studien är utförd i en hälsozon i DRK, men kan troligtvis appliceras i övriga delar av landet.

Referenslista

- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A-B., Gemmill, A., ... Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 2016;387(10017):462-74. Doi: [10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7).
- Arnold, R., Teijlingen, E.V., Ryan, K., Holloway, I. (2018). Parallel worlds: An ethnography of care in Afghan maternity hospital. *Social Science of Medicine*, 216(2018) 33-40. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.010>.
- Bhutta, Z.A., Das, J.K., Bahl, R., Lawn, J.E., Salam, R.A., Paul, V.K., ... Walker, N. (2014). Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet*, 384, 347-70. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60792-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3)
- Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Evans, T., Kieny, M-P., Wagsta, A. (2014). Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med*, 2014; **11**: e1001731. Doi: [10.1371/journal.pmed.1001731](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001731).
- Campbell, O.M., Graham, W.J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*, 368, 1284-1299. Doi: [10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1)
- Casey, S.E., Chynoweth, S.K., Cornier, N., Gallagher, M.C., Wheeler, E.E. (2015). Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Confl Health*. 2015;9 (suppl 1): S1. CrossRef. Medline. Doi: [10.1186/1752-1505-9-S1-S3](https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3)
- Cowgill, K.D., Ntambue, A.M. (2019). Hospital detention of mothers and their infants at large provincial hospital: a mixed-methods descriptive case study, Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo. *Reproductive Health* 16(111). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0777-7>
- Darmstadt, GL., Yakoob, MY., Haws, RA., Menezes, EV., Soomro, T., Bhutta, Z.A. (2009). Reducing stillbirths: interventions during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(Suppl 1):S6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-S1-S6> Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/S1/S6>
- Das, J., Mohpal, A. (2016). Socioeconomic status and quality of care in rural India: new evidence from provider and household surveys. *Health Aff (Millwood)* 2016; **35**:1764-73 Doi: [10.1377/hlthaff.2016.0558](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0558)

- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Global Health Observatory. (2016). *Global Health Observatory Data 2016*. Hämtad 2019-11-14 från http://www.who.int/gho/maternal_health/skilled_care/skilled_birth_attendance_text/en/.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112. Doi: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
- Helsingforsdeklarationen. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad: 2019-04-05 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Hoope-Bender, P., Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., ...Lerberghe, W.V. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *2014;384(9949):1226–1235*. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- International confederation of midwives. (2017). *ICM definitions*. Hämtad 2019-11-13 från <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Kongo IE. (2016). The Access to health care in the Democratic Republic of Congo: Major challenge for the poor. *Journal of Nursing and Palliative Care Services*. 2016;1(1):6-8.
- Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenaault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., ...Muhammad, P. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health Commission*. 2018;6:e1196-252. Doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, A.C.C., Cousens, S., Wall, SN., Niermeyer, S., Darmstadt, GL., Carlo, W.A., ...Lawn, J.E. (2011). Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: a systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health*. 2011;11:S12. Doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S12.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V.,...Murray, C.J.L. (2012). Global and regional mortality from 236 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2095-128. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
- McGinn, T., Casey, S.E. (2016). Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Confl Health*. 2016;10(1):8 CrossRef. Medline.

- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D.,...Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet Maternal Health* 2. 2016; 388:2176-92 Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Ministère de la santé publique. Rapport sur les comptes de la santé DRK (2016). Kinshasa: Programme National des Comptes de la santé (PNCNS); 2016.
- Mpunga Mukendi, D., Chenge, F., Mapatano, M.A., Criel, B., Wembodinga, G. (2019). Distribution and quality of emergency obstetric care service delivery in the Democratic Republic of the Congo: it is time to improve regulatory mechanisms. *Reproductive Health*. (2019).
- Mukwege, D., Berg, M. (2016). A Holistic Person-Centred Care Model for Victims of Sexual Violence in Democratic Republic of Congo: The Panzi Hospital One-Stop Centre Model of Care. *PLoS medicine*. 2016;13(10):e1002156.
- Ntambue, M.A., Malonga, K.F., Cowgill, K.D., Dramaix-Wilmet, M., Donner, P. (2019). Incidence of catastrophic expenditures linked to obstetric and neonatal care at 92 facilities in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo, 2015. *BMC Public Health*. (2019) 19:948. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7260-9>
- Ntambue, M.A., Malonga, K.F., Dramaix-Wilmet, M., Donner, P. (2012). Determinants of maternal health services utilization in urban settings of the Democratic Republic of Congo – A Case study of Lubumbashi City. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:66. Doi: [10.1186/1471-2393-12-66](https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-66)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). Nursing research – Appraising Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., ...Declercq, E., (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014;384:1129-45 Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Sharma, J., Leslie, H.H., Kundu, F., Kruk, M.E. (2017). Poor quality for poor women? Inequities in the quality of antenatal and delivery care in Kenya. *PLoS One* 2017; 12:e0171236. Doi: 10.1371/journal.pone.0171236
- Starrs, A.M., Ezech, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R.,...Ashford, L.S. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet* 2018; 391:2642-92. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2019-11-13 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

The World Bank. (2019). *Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births)*. Hämtad 2019-11-21 från <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Tuncalp, Ö., Were, W.M., Maclennan, C., Oladapo, O.T., Gülmezoglu, A.M., Bahl, R.,...Bustreo F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG* 2015; 122:1045–1049. Doi: 10.1111/1471-0528.13451

United Nations. (2015). Sustainable Development Goals. Hämtad 2019-11-18 från <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

UNSTAT. (2018). *Metadata 3.1.1*. Hämtad 2019-11-02 från <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf>

UNSTAT. (2015). *Indicator 3.1.1, Series : Maternal mortality ratio SH_STA_MMR*. Hämtad 2019-11-02 från <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.1.1>

Wang, H., Liddell, C.A., Coates, M.M., Mooney, M.D., Levitz, C.E., Schumacher, A.E., ...Murray, C.J. (2013). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under -5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384:957-79. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60497-9

World Health Organization. (2019). *Maternal Health*. Hämtad 2019-11-24 från https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

World Health Organization. (2016a). *What is Quality of Care and why is it important?* Hämtad 2019-11-03 från https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/

World Health Organization. (2016b). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Hämtad 2019-11-05 från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf;jsessionid=FCBAB483F654C4468100BAB798481BD7?sequence=1>

World Health Organization. (2016c). *Availability, accessibility, acceptability, quality infographic*. Hämtad 2019-11-20 från <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AAAQ.pdf?ua=1>

World Health Organization, UNFPA, UNICEF and Mailman School of Public Health. (2009).
Averting Maternal Death and Disability (AMDD). (2009). *Monitoring... a Handbook*.

Yates, R., Brookes, T., Whitaker, E. (2017). Hospital Detentions for Non-payment of Fees A Denial of Rights and Dignity. *Centre on Global Health Security*. 2017;12. Available from <https://www.chathamhouse.org/sites/files/chatmanhouse/publications/research/2017-12-06-hospital-detentions-non-payment-yates-brookes-whitaker.pdf>

Bilagor

Bilaga 1: Interview guide focus group discussions on facilitators and barriers on conducting high quality maternal and newborn care.

Interview guide Focus Group Discussions

On:

Facilitators and barriers on conducting high quality maternal and newborn care

- The overall aim of the project is to promote maternal and neonatal health and thus reducing mortality and morbidity in mothers and neonate in relation to labor, birth and the immediate period after.
- 1. Please tell me about what barriers you have in reaching high quality care?
 - Please give an example
 - Do you have another example?
 - 2. What do you need to remove/overcome these barriers?
 - Please give an example
 - Do you have another example?
 3. In your opinion, what helps you in providing even higher quality care?
 - Please give an example
 - Do you have another example?
 - What guidelines do you have?

Bilaga 2: Översikt av analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondensering	kod	Subkategori	Kategori
Staff has high competence level	-	High staff competence level	For every woman and newborn, competent, motivated staff are consistently available to provide routine care and manage complications.	7
Equipment is sufficient	-	Sufficient equipment	The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.	8
There are always available obstetricians and gynocologists when we need them...They are quickly here	Always available obstetricians and gynocologists	Always available adequate staff	For every woman and newborn, competent, motivated staff are consistently available to provide routine care and manage complications.	7

<p>We have functioning blood bank 24/7. There is always available blood</p>	<p>Functioning blood bank 24/7. Always available blood.</p>	<p>Always available blood due to functioning blood bank 24/7</p>	<p>The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.</p>	<p>8</p>
<p>The blood analysis are performed immediately and lab answers come quickly which enable us to make an early diagnose and fast plan of care</p>	<p>-</p>	<p>Fast plan of care due to early diagnostic abilities</p>	<p>The health information system enables use of data to ensure early, appropriate action to improve the care of every woman and newborn.</p>	<p>2</p>
<p>All required medicines are available</p>	<p>-</p>	<p>Available medicine</p>	<p>The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.</p>	<p>8</p>

<p>We lack adequate space all through the care chain</p>	<p>Lack of space throughout the care chain</p>	<p>Lack of space</p>	<p>The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.</p>	<p>8</p>
<p>There is lack of space to keep the woman 2 hours at labour ward after birth...This leads to that we can't monitor the women as necessary...there can be PPH and the woman can get into shock. If we come to late she can even die.</p>	<p>-</p>	<p>Hard to monitor patients post-partum due to lack of space</p>	<p>Every woman and newborn receives routine, evidence-based care and management of complications during labour, childbirth and the early postnatal period, according to WHO guidelines.</p>	<p>1</p>
<p>Sometimes it's impossible to move a woman and then there are two women in the same bed. Sometimes it happens that one woman gives birth there, then we ask the other woman to cover her eyes.</p>	<p>-</p>	<p>No privacy during birth</p>	<p>Women and newborns receive care with respect and preservation of their dignity.</p>	<p>5</p>

<p>We lack an appropriate space where women can stay during labour. Where they can move, use the birthing ball, have something to lean on. All those activities that promote labour progress and reduces stress.</p>	<p>-</p>	<p>Women don't have space to do activities that promote labour progress and reduces stress</p>	<p>Every woman and newborn receives routine, evidence-based care and management of complications during labour, childbirth and the early postnatal period, according to WHO guidelines.</p>	<p>1</p>
<p>limited space in the birthing room. It's very difficult to get a good position while suturing.</p>		<p>Difficult to get a good position during suturing due to limited space</p>	<p>The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.</p>	<p>8</p>
<p>There is no private sphere at all. This can lead to blockage of the labour process.</p>		<p>No private sphere which can lead to blockage of the labour process</p>	<p>Women and newborns receive care with respect and preservation of their dignity.</p>	<p>5</p>

<p>We mix infected and non-infected women after given birth..increase the risk for infection.</p>		<p>Mix infected women with non-infected after birth increases risk of infection</p>	<p>Every woman and newborn receives routine, evidence-based care and management of complications during labour, childbirth and the early postnatal period, according to WHO guidelines.</p>	<p>1</p>
<p>We do have 24/7 lights through the use of a generator</p>		<p>Available lights 24/7</p>	<p>The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.</p>	<p>8</p>
<p>The biggest challenge is water....we can be without water for 24 hours</p>	<p>Lack of water. Sometimes for 24 hours</p>	<p>Lack of water.</p>	<p>The health facility has an appropriate physical environment, with adequate water, sanitation and energy supplies, medicines, supplies and equipment for routine maternal and newborn care and management of complication.</p>	<p>8</p>

<p>We need continuously in-service training. We do trainings when there has been a problem, but this should be scheduled, not only when complication arise.</p>		<p>No continuous in-service training</p>	<p>For every woman and newborn, competent, motivated staff are consistently available to provide routine care and manage complications.</p>	<p>7</p>
<p>The economic situation for the women is an obstacle...She can refuse intervention because she can't afford. This means that we can't manage her according to our protocols and the risk of sever complication occurs</p>	<p>Women can refuse interventions because they can't afford them which increases the risk for complication because the staff can't manage them according to protocol.</p>	<p>Women refuse interventions due to costs which increases risks for complications</p>	<p>Every woman and newborn receives routine, evidence-based care and management of complications during labour, childbirth and the early postnatal period, according to WHO guidelines.</p>	<p>1</p>
<p>Many women can't pay..they need to stay until they have payed. This can be for 3 months.</p>		<p>Women have to stay until they have payed, sometimes for 3 months</p>	<p>Women and newborns receive care with respect and preservation of their dignity.</p>	<p>5</p>