

# Barnmorska Hela Vägen -Halvtidsrapport

Ingegerd Hildingsson





I föreliggande rapport presenteras halvtidsresultat från projektet *Barnmorska Hela Vägen*, som är finansierat av den satsning på förlossningsvården initierat av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), regionala FoU-medel samt externa projektmedel från Vetenskapsrådet. Projektet är ett samarbete mellan Region Västernorrland, Mittuniversitet och Uppsala Universitet. Projektet startade 1/2 2017 och beräknas pågå till och med år 2019. Projektet består av flera faser; uppbyggnad, genomförande och utvärdering. Dessa faser sker simultant, vilket är grunden i aktionsforskning, den ansats som kännetecknar projektet. Forskning är kopplad till det faktiska arbetet redan från början. Inspiration och kunskap har hämtats från vetenskaplig litteratur, personlig kännedom, studiebesök och nätverksträffar samt tidigare studier där förlossningsrädda kvinnor erbjudits kontinuitet med en känd barnmorska. Dessa tidigare studier har dels skett genom samarbete mellan barnmorskemottagningen Hjärtat och Akademiska sjukhusets förlossningsavdelning i Uppsala, dels genom Auroraverksamheten i Sundsvall, Östersund och Södertälje. Den presenterade modellen *Barnmorska Hela Vägen* är inte statisk utan anpassas till de rådande förhållanden som kännetecknar ett glesbygdssområde med långa avstånd till närmaste förlossningsklinik.

## **Bakgrund**

Vårdformen caseload som i detta projekt kallas *Barnmorska Hela Vägen* innebär vård i en sammanhållen vårdkedja och liknande vårdformer har i internationella studier visat på ett medicinskt säkert arbetssätt och ökad tillfredsställelse för både kvinnor och barnmorskor (1).

Sveriges Kommuner och Landsting har i sin rapport *Trygg Hela Vägen* (2) identifierat utvecklingsmöjligheter i vården under och efter graviditet, där ett av förbättringsförslagen är att utveckla och utvärdera vårdmodeller som möjliggör en ökad kontinuitet i relationen mellan patient och vårdpersonal och ger som exempel att utveckla alternativa vårdmodeller där en och samma barnmorska, eller grupp av barnmorskor följer med patienten under både graviditet och förlossning.

Det saknas kunskap om möjligheter att implementera liknande vårdformer i Sverige och studera dess effekter, speciellt i glesbygdssområden. I samband med planerad omorganisation av förlossningsvården i Sollefteå gavs tillfälle att prova ett nytt arbetssätt.

**Syftet** med projektet är att utifrån en aktionsforskningsansats utveckla en ny arbetsmodell som tar tillvara personalens kompetens och tryggar vården för blivande föräldrar i samband med graviditet, förlossning och eftervård genom att öka kontinuitet och erbjuda en sammanhållen vårdkedja.

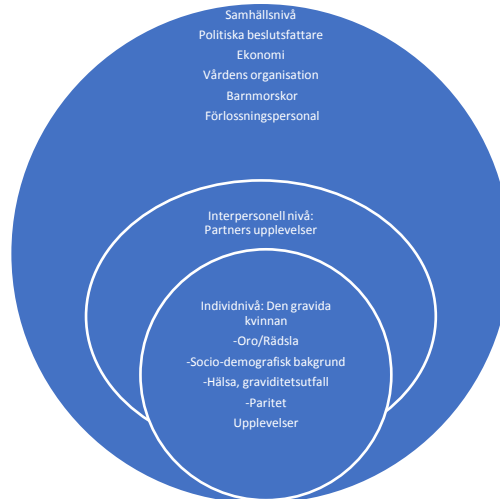
Vårdformen caseload är den vårdform som rekommenderas för alla gravida och födande kvinnor. En Cochrane översiktsartikel med 15 randomiserade studier där 17 674 kvinnor ingår visade att vårdformen caseload innebar färre ingrepp under förlossningen, hög grad av kontinuitet av en känd barnmorska, nöjdare kvinnor och en billigare vård. Cochraneöversikten rekommenderar att de flesta kvinnor bör erbjudas högre grad av kontinuitet för att uppnå lägre användning av interventioner, högre grad av spontana vaginala förlossningar och högre grad av tillfredsställelse med vården (1). Kvinnor som önskar denna vårdform i Sverige är oftare yngre än 25 år, förstföderskor och förlossningsrädda (3).

Att arbeta i caseload har visats även vara fördelaktigt för barnmorskor (4-5). Tidigare forskning har visat att barnmorskor generellt löper hög risk för utbrändhet (6). I Sverige finns en stor brist på barnmorskor, då många lämnar yrket, ofta på grund av situationen på landets förlossningsavdelningar. Studier har visat att arbete i vårdformen caseload innebär lägre risk för utbrändhet bland barnmorskor och högre grad av tillfredsställelse (4-5).

## Metod

### *Forskningsansats*

Aktionsforskningsansatsen innebär att forskare och projektdeltagare tillsammans utformar lösningar på hur vårdmodellen ska utformas och implementeras. Detta skiljer sig från annan forskning där det är vanligare att forskaren intar en mer objektiv roll och står utanför processen. Principerna om demokrati, deltagande, reflektion och förändring är centrala inom aktionsforskning (7). I praktiken innebär det att forskare, projektledare och projektbarnmorskor tillsammans utformar, utvecklar och provar olika arbetssätt och tar in synpunkter från projektdeltagare och andra aktörer i vården. Forskningsfrågan om kontinuitet kommer på sikt att beskrivas utifrån den socio-ekologiska modellen av hälsa (Figur 1) och fokusera individnivå (kvinnor), interpersonell nivå (partner) samt organisationsnivå (barnmorskor och andra vårdaktörer). Denna rapport fokuserar enbart på individnivå och är begränsad till det första året då projektbarnmorskorna varit i beredskap. En slutrapport kommer att utformas då samtliga data samlats in.



**Figur 1. Den socio-ekologiska modellen av hälsa utifrån projektets nivåer**

### *Rekrytering av barnmorskor och projektdeltagare*

Projektbarnmorskor har rekryterats från ordinarie verksamhet i Sollefteå i samband med stängningen av BB/Förlossning. Efter ett intervjuförfarande rekryterades initialt fem barnmorskor, varav en med heltidstjänstgöring och fyra på 75%. Det var projektbarnmorskornas egna önskemål som styrde graden av tjänstgöring. Tre av dessa hade sin senaste tjänstgöring vid BB/Förlossning i Sollefteå, två barnmorskor arbetade i huvudsak med mödrahälsovård/ungdomsmottagning. Barnmorskorna inskolades i mödrahälsovård respektive förlossningsvård under det första halvåret. Bredvidgång har också skett vid länets två förlossningsavdelningar, i syfte att lära känna personal, rutiner och lokaler. Under det första 1½ år som projektet varit igång har barnmorskesammansättningen varierat. Detta beror dels på sjukskrivningar, dels på grund av att en barnmorska flyttat. En ytterligare barnmorska rekryterades då projektet varit igång ett år.

Rekryteringen av blivande föräldrar sker konsekutivt. Initialt informerade personal vid ordinarie mödrahälsovård i Sollefteå/Kramfors upptagningsområde potentiella studiedeltagare i samband med att kvinnorna kontaktade mödrahälsovården telefonledes för bokning av inskrivningsbesök. I ett senare skede har föräldrar även kontaktat *Barnmorska Hela Vägen* direkt.

Utgångspunkten när projektet startade var att kvinnor som uppfyller något av kriterierna yngre än 25 år, förstföderska, förlossningsrädd eller utlandsfödd och som samtycker till medverkan skulle prioriteras av projektbarnmorskorna, men att även andra blivande mödrar skulle inkluderas i mån av utrymme och behov.

### *Vårdmodellens förutsättningar*

Kvinnorna tilldelas en primäransvarig barnmorska, som ombesörjer samtliga besök under graviditeten. Under graviditeten ges föräldrarna möjlighet att träffa alla projektbarnmorskor i samband med informationsmöten om projektet (varannan månad), föräldrautbildning (varje månad) eller i samband med besöken i mödrahälsovården. Föräldrarna informeras om att barnmorska finns i beredskap under viss del av dygnet och de situationer som kan göra det svårt att följa med in till förlossningsavdelningen (ex vid sjukdom, utbildning, semester, eller om barnmorskan redan varit iväg på förlossning under dygnet). I samband med förlossningens start kontaktas den barnmorska som är i beredskap, vilken kan vara den primäransvariga barnmorskan eller någon av övriga projektbarnmorskor som kvinnan och hennes partner tidigare träffat. Beroende på förlossningens förlopp och kvinnans behov avtalas tid och plats för bedömning av förlossningens start. Om kvinnan åkt in till sjukhus under natten då ingen är i beredskap uppmanas föräldrarna att tala in ett meddelande i beredskapstelefonen som slås på varje morgon. För att underlätta kontakt med projektbarnmorska i beredskap ringer även förlossningspersonal upp och rapporterar om kvinnan. Projektbarnmorska som har beredskap ansvarar för förlossningens handläggning enligt sjukhusets gängse rutiner. Önskemål om förlossningssjukhus styrs i hög grad av kvinnans/parets önskemål.

## *Forskning*

Forskningsfrågan belyses på olika sätt. Föräldrarna följs med frågeformulär (i mitten av graviditeten och 2 månader efter barnets födelse) samt med intervjuer. Intervjuer sker också fortlöpande med projektbarnmorskorna avseende planering, implementering och upplevelser av arbetssättet. Projektet har också genomfört intervjuer med andra aktörer, exempelvis personal vid länets kvarvarande förlossningsavdelningar och sjukhusockupationsgruppen i Sollefteå.

## **Resultat**

Föreliggande rapport baseras på data från det första året med beredskap, alltså från 1/8 2017-31/7-2018. Totalt har den hittills 116 kvinnor (70%) besvarat det uppföljande frågeformuläret som skickas ut två månader efter barnets födelse, vilket kan göra att resultatet kan förändras över tid eftersom påminnelser fortgår. Frågeformuläret innefattar både standardiserade frågor, validerade instrument och öppna frågor.

## *Bortfall*

Bortfallsanalys visade att utlandsfödda kvinnor (OR 9.94; 2.72-36.30, p 0.001), kvinnor med lägre utbildningsnivå (grundskola+gymnasium), (OR 3.04; 1.41-6.54, p 0.004) och kvinnor som inte haft en känd barnmorska med vid förlossningen (OR 2.79; 1.34-5.78, p 0.000) var mindre benägna att besvara det uppföljande frågeformuläret.

## **Aktuellt status för projektet**

Beredskap för barnmorskorna startade 2017-08-01, då fyra barnmorskor var schemalagda med beredskap var fjärde vecka, mellan 07.00-23.00. Anledningen till att dygnetruntbereidskap inte har kunnat erbjudas är mestadels sjukdomstillstånd bland projektbarnmorskorna. I början var projektbarnmorskorna i beredskap i hemmet, men under våren/sommaren började man istället finnas på mottagningen under beredskapen för att avlasta kollegor. Barnmorska i beredskap har då haft möjlighet att ombesörja vissa planerade graviditetsbesök, assistera kollegan, göra bedömningar vid osäkerhet om vattenavgång, latensfas samt ta hand om eftervård för projektdeltagare vid tidig hemgång.

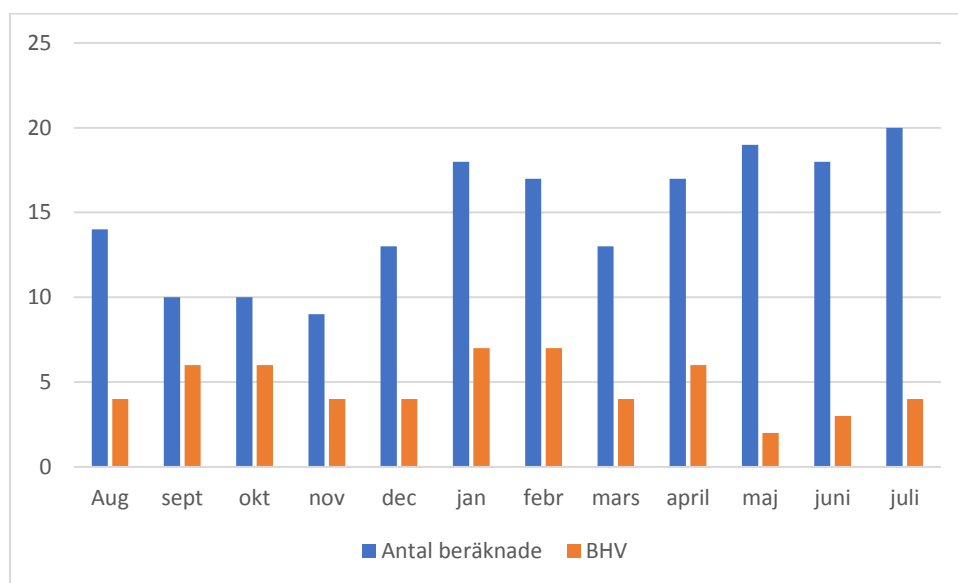
Baserat på barnmorskornas upplevelser av långa beredskapspass och med tanke på avstånd och väglag bestämdes i maj 2018 att, om projektbarnmorska är på förlossningsavdelningen med en födande kvinna så lämnar hon över ansvaret för kvinnan till nattpersonalen klockan 21, för att hinna komma hem inom beredskapstiden. Detta för att barnmorskorna ska kunna få sin nattvila och för att orka med beredskapen. Den långa resvägen och ofta dåliga väglaget påverkar barnmorskornas arbetsmiljö. Under sommarmånaderna 2018 har oftast en barnmorska varit i beredskap varannan dag, dock ej under helgerna.

Personalsituationen har varierat kraftigt sedan projektstart. Av de fem barnmorskor som anställdes 1/2-2017 blev två sjukskrivna på grund av allvarlig sjukdom tidigt under projektets

uppbyggnad. I slutet av mars 2017 anställdes en ny barnmorska, men som valde att lämna projektet i slutet av maj 2018 på grund av erbjudande om annat arbete. I januari 2018 anställdes en ny barnmorska på 75%. Efter inskolning i mödravård ingick hon efter någon månad i beredskapslinjen. Under perioden augusti 2017- december 2017 har det funnits 4 barnmorskor i beredskap, under januari - mars 2018 fem. Stundvis har projektbarnmorskorna även använts i ordinarie mödravårdsverksamhet då det saknats personal. Detta har påverkat både rekryteringen av projektdeltagare och möjligheterna till beredskap. Under några veckor under våren 2018 fanns det inga barnmorskor inom den ordinarie mödravårdsvården, vare sig i Sollefteå eller Kramfors. Vissa dagar lånades därför projektbarnmorska ut till ordinarie verksamhet, men kvinnor som behövde tid för inskrivning eller graviditetskontroll hänvisades också till andra mottagningar i länet. I april 2018 blev det allvarliga personalproblem i projektet då ytterligare en barnmorska blev sjukskriven. Således har projektet varit ytterst sårbart när det gäller bemanning.

### Rekrytering av deltagare

Totalt rekryterades 178 kvinnor och deras partners till projektet med beräknad förlossning inom ovan nämnda period. Figur 2 visar fördelning av *samtliga* 178 beräknade förlossningar (oavsett tid på dygnet) i relation till där projektbarnmorska varit med. Projektbarnmorska har medverkat vid 2-7 födselar/månad. Fördelningen måste ställas i relation till antalet tjänstgörande barnmorskor och de begränsningar i beredskap som funnits (natt, sjukdom, ej efterringd).



**Figur 2. Andelen födselar i relation till projektbarnmorskans närvaro**

Under det första året med beredskap (1/8-17- 31/7-18) har barnmorska i projektet varit närvarande vid 57 av 117 möjliga födselar (49%). Orsaker till att barnmorskorna *inte* kunde närvara vid förlossning berodde på att 4 kvinnor valde annat sjukhus utanför länet, 4 kvinnor lämnade projektet när en privat vårdcentral öppnade i Sollefteå. I 36 fall kontaktades inte barnmorska av personalen på förlossningsavdelningarna (ingen anteckning). Fyra kvinnor som var beräknade i början av augusti 2017 födde innan projektstart, vid 22 födselar fanns ingen barnmorska i beredskap och i två fall blev det kollision med annan förlossning (på annat

sjukhus). Tjugotvå kvinnor födde på natten, 3 födde prematurt på universitetssjukhus och 15 rekryterade kvinnor fick missfall. Problem har också varit med tiderna för planerade kejsarsnitt, då barnmorska ej hunnit till Sundsvall inom sin beredskapstid, för att vara med vid kejsarsnittet (6 gånger).

Räknar man bort de situationer som ej kunde påverkas (missfall (15), avhopp (6), kvinnan valde sjukhus utom länet (4), prematurfödelse annat sjukhus (3), planerade kejsarsnitt (7), födsel före beredskapsstart (4), födsel nattetid (22) så innebär det att projektbarnmorska varit med vid 57/117 möjliga födslar, vilket ger barnmorskekontinuitet i 49%.

#### *Kvinnornas bakgrundsdata samt graviditetsrelaterad information*

Tabell 1 visar resultatet av samtliga födslar där fullständig information fanns (n=152), efter att födslar före projektstart, prematurfödslar universitetssjukhus, födslar där kvinnan valt annat sjukhus och de graviditeter som resulterat i missfall räknats bort. De deltagande kvinnorna i projektet hade en medelålder på 28.42, andelen förstföderskor var 37.5%. Majoriteten var födda i Sverige och sammanboende. En dryg tredjedel hade högskoleutbildning.

**Tabell 1. Deltagarnas bakgrund\***

	BHV totalt n=152	BHV-bm med n=57	BHV-bm ej med n=95	p-värde
<b>Ålder (mean)</b>	28.4	29.0	28.3	0.318
<b>Förstföderskor</b>	38%	44%	34%	0.315
<b>Sammanboende</b>	93%	96%	92%	0.376
<b>Utlandsfödda</b>	10%	12%	8%	0.575
<b>Högskoleutbildning</b>	33%	37%	30%	0.382

\*Avrundning till hela procent

#### *Hälsodata*

Tabell 2 visar att kvinnornas BMI var i genomsnitt 26.53. En anteckning om tidigare psykiska besvär fanns hos 21% och 19% uppvisade en anamnes på någon medicinsk åkomma. Ett fåtal kvinnor rökte i mitten av graviditeten (3.5%), något fler använde snus (6%). Cirka 21% av kvinnorna skattade sin fysiska hälsa som mycket god, motsvarande andel för den mentala hälsan var 22%. Noteras bör att det fanns ofta förekommande psykosociala tillstånd som dokumenterats. När det gäller förlossningsrädsla var medelvärdet på FOBS (en skala som mäter oro och rädsla inför förlossning) 50.59 och 39% klassificerades med ett FOBS-värde på 60 eller mer, vilket indikerar förlossningsrädsla. Detta är dubbelt så vanligt jämfört med tidigare resultat som uppmätts i olika populationer (8). I mitten av graviditeten brukar vanligtvis omkring 20% identifieras som förlossningsrädda med FOBS (8). Kvinnornas emotionella välbefinnande mättes även med Edinburgh Depression Scale (EDS) och uppvisade att 14% skattade symtom på depression. Detta är högre än vad som tidigare uppmätts (8%) i en svensk populationsbaserad studie. (9) Graviditetskomplikationer var ovanliga, sex kvinnor hade eller fick blodtrycksrelaterade åkommor, tre graviditetsdiabetes, tre besvärlig symfyseolys. Det var inga större skillnader mellan kvinnor som haft en känd



barnmorska med eller inte, förutom när det gäller BMI, där kvinnor med lägre BMI oftare haft en känd barnmorska med vid födseln.

**Tabell 2. Deltagarnas hälsorelaterade bakgrund\***

	BHV totalt %	BHV-bm med %	BHV-bm ej med %	p-värde
<b>Rökning (mitten av graviditeten)</b>	4%	2%	5%	0.650
<b>Snus (mitten av graviditeten)</b>	6%	4%	7%	0.710
<b>BMI (mean)</b>	26.51	25.29	27.26	<b>0.038</b>
<b>Psykiatrisk anamnes</b>	21%	16%	24%	0.304
<b>Medicinsk anamnes</b>	19%	19%	17%	0.828
<b>Förlossningsrädsla FOBS</b>	50.59	51.35	50.14	0.819
<b>FOBS &gt;60 i mitten av graviditeten</b>	39%	44%	36%	0.537
<b>Självskattad fysisk hälsa (mitten av graviditeten)</b>				
Mycket god	21%	23%	20%	0.670
<b>Självskattad mental hälsa (mitten av graviditeten)</b>				
Mycket god	22%	23%	22%	1.000
<b>EPDS under graviditet (mitten av graviditeten)</b>				
13 poäng och högre	14%	12%	15%	0.621

\*Avrundning till hela procent

## Vården under graviditet

I genomsnitt gjorde kvinnorna 7.84 besök, vilket stämmer väl med det rekommenderade antalet i mödrahälsovårdens basprogram (Tabell 3). Kvinnorna träffade i medeltal 3.19 barnmorskor och de flesta uppgav att det var lagom många (58%), några att det var för många (40%), några för få (2%). Kring hälften av kvinnorna uppgav att de hade haft ett eller flera läkarbesök. Majoriteten ansåg antalet läkarbesök vara lagom (84%), några att det var för få (12%) och ett fåtal att det var för många (5%). I mitten av graviditeten skattade 84.2% av kvinnorna det viktigt eller mycket viktigt att ha en känd barnmorska med vid förlossningen. Tjugo kvinnor uppgav att de fått samtalsstöd på grund av förlossningsrädsla, de flesta fick det av sin projektbarnmorska (54.5%), 9% av Aurorabarnmorska, 22.7% av läkare och 13.6% av psykolog. Majoriteten (76.2%) var nöjda eller mycket nöjda med samtalsstödet (ej i tabell).

Det fanns en statistiskt signifikant skillnad hur kvinnorna skattade antalet barnmorskor de träffat, baserat på om de haft en projektbarnmorska med vid förlossningen eller inte. Kvinnor som inte haft en känd barnmorska rapporterade i högre grad att de träffat för många barnmorskor (p 0.008), dessa kvinnor var också mer benägna att tycka att antalet läkarbesök var för få (p0.041).

Tabell 3 visar också att 42% var *Mycket nöjda* med det medicinska omhändertagande under graviditeten, 39% med det känslomässiga omhändertagandet och 35% var *Mycket nöjda* med helhetsbedömningen av mödrahälsovården. Valet att identifiera kvinnor som var *Mycket nöjda* när de besvarade dessa frågor på en femgradig skala (Mycket nöjd- Mycket missnöjda)

grundar sig i ett antagande om att hitta förbättringsområden i vården eftersom kvinnor ofta är nöjda med vården (10). För det känslomässiga omhändertagandet och helhetsbedömningen fanns en statistiskt signifikant skillnad om man haft projektbarnmorska med vid barnets födelse eller inte.

**Tabell 3. Vården under graviditet\***

	BHV totalt	BHV-bm med	BHV-bm ej med	p-värde
<b>Antalet barnmorskebesök</b>	7.84	7.95	7.78	0.519
<b>Antalet barnmorskor</b>	3.19	3.05	3.26	0.299
<b>Kvinnornas åsikter om antalet barnmorskor de träffat</b>				
För få	2%	4%	0	0.008
Lagom	58%	71%	46%	
För många	40%	24%	54%	
<b>Läkarbesök under graviditeten</b>	54%	55%	57%	1.000
<b>Kvinnornas åsikter om antalet läkarbesök</b>				
För få	12%	4.0%	18%	0.041
Lagom	84%	84%	82%	
För många	5%	12%	0	
<b>Vikten av att få träffa samma barnmorska under graviditet och förlossning</b>				
Mycket viktigt/Viktigt	84%	83%	85%	0.789
<b>Det medicinska omhändertagandet under graviditeten</b>				
Mycket nöjd	42%	54%	36%	0.078
<b>Det känslomässiga omhändertagandet under graviditeten</b>				
Mycket nöjd	39%	59%	28%	0.002
<b>Helhetsbedömning av vården under graviditeten</b>				
Mycket nöjd	35%	49%	27%	0.025

\*Avrundning till hela procent

## Vården under förlossningen

### Förlossningsdata

Tabell 4 visar förlossningsresultat för kvinnorna i projektet. Totalt inducerades 23% (37 kvinnor) av förlossningarna. Uppgivna orsaker till induktion var 24 medicinska/obstetriska (överburenhet 6, vattenavgång 5, blodtryckssjukdom 3, diabetes 1, tvärläge 1, duplex 1, blodsjukdom 1, oligohydramnios 2, förväntat stort barn 3, migrän 1). Övriga indikationer kan hänföras till psykosociala orsaker (lång resväg 5, tidigare IUFD 2, förlossningsrädsla 1, tidigare snabba födslar 2, depression 1, lång latensfas 2). Kombinationer av orsaker fanns.

Nära 40% av kvinnorna använde epiduralbedövning, 36% behövde värkstimulerande medel. Majoriteten (80%) födde normalt, kejsarsnittsfrekvensen var totalt 16.5%. Uppskattad blödningsmängd uppgick till knappt 400 ml. Få allvarliga bristningar eller klipp förekom. Det fanns inga skillnader i förlossningsutfall beroende på om kvinnan haft en känd barnmorska eller inte. Av de kvinnor som valde att föda i Sundsvall vistades totalt 29% på vårdhotellet i latensfas.

**Tabell 4. Förlossningsdata\***

	BHV totalt n=152	BHV-bm med n=57	BHV-bm ej med n=95	p-värde
<b>Induktion</b>	23%	19%	25%	0.441
<b>Epiduralbedövning</b>	40%	35%	42%	0.497
<b>Oxytocinstimulering</b>	36%	37%		0.863
<b>Förlossningssätt</b>				0.445
Vaginal förlossning	80%	81%	80%	
Sugklocka	3%	5%	2%	
Planerat kejsarsnitt	6%	7%	5%	
Akut kejsarsnitt	11%	7%	13%	
<b>Bristning</b>				0.494
Ingen	26%	24%	27%	
Grad1	5%	6%	4%	
Grad2	66%	71%	64%	
Klipp	1%		2%	
Grad 3-4	2%		3%	
<b>Blödning mL (mean)</b>	390.86	435.27	365.42	0.220

\*Avrundning till hela procent

#### *Tillfredsställelse med vården under förlossning och eftervård*

Totalt var 58% *Mycket nöjda* med det medicinska omhändertagandet under förlossning, 53% med det känslomässiga omhändertagandet under förlossning samt 55% mycket nöjda med helhetsbedömningen av vården under förlossning (Tabell 5). Kvinnor som hade haft en projektbarnmorska med var i högre grad mycket nöjda med samtliga aspekter av förlossningsvården.

Vårdtiden efter förlossning var i genomsnitt 44.57 timmar. De flesta kvinnor skattade vårdtidens längd som lagom (76%), 14% ansåg den vara för kort, 10% för lång (Tabell 5). Neonatalvård behövdes för 12% av de nyfödda, mestadels på grund av prematuritet (4), och lågt blodsocker (3). En andra barnläkarundersökning genomfördes på hemorten i 90%. (ej i tabell)

När det gäller eftervården visade tillfredsställelse med eftervården ett sämre resultat jämfört med mödra-och förlossningsvården. Totalt var 38% *Mycket nöjda* med det medicinska omhändertagandet, 28% med det känslomässiga och 29% var mycket nöjda vid den övergripande skattningen av eftervården. Ingen skillnad fanns mellan de som haft en projektbarnmorska med under födseln eller inte.

### **Förlossningsupplevelsen**

Fyrtiotvå procent av kvinnorna angav en *Mycket positiv förlossningsupplevelse* två månader efter barnets födelse, när det tillfrågades på en femgradig skala, men det var skillnad om man haft en projektbarnmorska med eller inte (56% respektive 35%),  $p = 0.035$ , (Tabell 5).

Förlossningsupplevelsen mättes även med ett instrument (Childbirth Experience Questionnaire) (11) som innehåller fyra dimensioner: Egen kapacitet, Professionellt stöd, Upplevd trygghet och Delaktighet. De variabler som visade statistiskt signifikant skillnader var: Att kvinnan kände sig väl omhändertagen av barnmorskan ( $p = 0.026$ ), Att barnmorskan förstod kvinnans behov ( $p = 0.018$ ), Känsla av trygghet ( $p = 0.016$ ) och att ha fått tillräckligt med information ( $p = 0.006$ ), där de som haft en känd barnmorska med i högre grad var nöjda. Fler analyser kommer att göras avseende instrumentet efter hand.

Ett annat instrument som inkluderas i uppföljningsenkäten var KUPP-Intrapartal (12) som har fokus på kvalitetsaspekter av vården. Varje påstående om vårdens innehåll skattas på två sätt, dels hur den faktiska vården uppfattades, dels hur viktig varje aspekt av vården var för kvinnan. Ett index beräknas för att avgöra vårdens kvalitet, och delas in i bristande kvalitet, balanserad kvalitet och övergod kvalitet, där upphovsmakarna till instrumentet menar att om  $>20\%$  bristande kvalitet på någon aspekt identifieras, bör åtgärder vidtas. Om  $>10\%$  ses i någon aspekt av vården kan detta noteras. Följande områden identifierats med bristande kvalitet: Delta i beslut (21% bristande kvalitet), Upplevelse av kontroll (41%), Information (25%), Smärtlindring (26%), Att få prata igenom förlossningen (33% och hjälp med den första amningen, där 34% uppvisade bristande kvalitet. Det fanns vissa områden med statistiskt signifikanta skillnader om projektbarnmorska varit med. Dessa var Upplevt stöd från barnmorskan ( $p = 0.002$ ), Närvaro ( $p = 0.006$ ), Information ( $p = 0.000$ ) och att partner gjordes delaktig ( $p = 0.001$ ). Dessa områden skattades till fördel om projektbarnmorskan närvarat vid födseln.

**Tabell 5. Kvinnornas upplevelse av vården under och efter förlossning\***

	BHV totalt	BHV-bm med	BHV-bm ej med	p-värde
	%	%	%	
<b>Det medicinska omhändertagandet under förlossning</b>				
Mycket nöjd	58%	80%	46%	0.001
<b>Det känslomässiga omhändertagandet under förlossning</b>				
Mycket nöjd	53%	73%	42%	0.001
<b>Helhetsbedömning av vården under förlossning</b>				
Mycket nöjd	55%	74%	45%	0.001
<b>Förlossningsupplevelse</b>				
Mycket positiv	42%	56%	35%	0.031
<b>Eftervården</b>				
<b>Vårdtid timmar (mean)</b>	44.57	41.37	46.29	0.545
<b>Åsikter om vårdtidens längd</b>				0.675
För kort	14%	17%	12%	
Lagom	76%	76%	77%	
För lång	10%	7%	11%	
<b>Det medicinska omhändertagandet efter förlossning</b>				
Mycket nöjd	36%	35%	37%	0.841
<b>Det känslomässiga omhändertagandet efter förlossning</b>				
Mycket nöjd	27%	28%	27%	1.000
<b>Helhetsbedömning av eftervården</b>				
Mycket nöjd	29%	31%	28%	0.829

\*Avrundning till hela procent

### Tematisk analys av kommentarer i frågeformuläret

Den preliminära tematiska analysen av kvinnornas kommentarer till frågorna visade att just tryggheten var en viktig aspekt och var det mest framträdande när kvinnorna själva fick beskriva fördelar med projektet (40 kommentarer). Sammanfattningsvis kan det beskrivas som att kvinnorna värderar relationen till barnmorskan, dels eftersom barnmorskan känner kvinnan och hennes behov. Men relationen är ömsesidig, kvinnan vill också känna barnmorskan. Tillgängligheten och relationen är det som skapar tryggheten. Negativa kommentarer om projektet handlade mest om brister i kontinuitet och neutrala kommentarer om att man inte haft en känd barnmorska med vid barnets födelse och därför inte vet.

Kommentarer kring förlossningsupplevelsen var den näst största kategorin med 20 kommentarer och innehöll både positiva och mindre positiva aspekter. Nummer tre i storleksordning var kommentarer kring önskemål om att åter öppna Sollefteå BB och kommentarer kring resvägen till förlossningsavdelningarna (totalt 18 kommentarer). Kommentarer utgick både från det egna perspektivet som födande kvinna, men även ut barnmorskornas perspektiv utifrån arbetsmiljö.

Kvinnorna påpekar också brister i tillgänglighet i projektet och önskar att beredskap bör vara nattetid och jourtelefonen bemannad dygnet runt. Projektbarnmorskorna fick utomordentligt gott betyg i många kommentarer, men man efterlyser bättre tillgänglighet på telefon, fler barnmorskor, eftervård på orten. Synpunkter fanns att barnmorskorna själva bör få bestämma hur arbetet ska organiseras och att de också bör arbeta på förlossningsavdelningen. Det fanns olika synpunkter på kontinuitet och tillgänglighet. Vissa menade att det är viktigt att träffa alla projektbarnmorskor, andra att det var jobbigt att träffa många. Kommentarer om den vanliga vården handlade mest om brister i eftervård och bemötande. Att få tillräckligt med information, att bli lyssnad på och extra kontroller om man är orolig samt att partner bör inkluderas och ges möjlighet att bo kvar efter förlossningen. Kommentarer som rörde hälsa handlade mest om mental hälsa, besvikelse, anknytningsproblem. Det fanns även allmänt hållna kommentarer som mestadels var positiva. Frågeformuläret fick viss kritik, då kvinnor som genomgått kejsarsnitt eller väldigt snabba förlossningar hade svårt att besvara vissa frågor.

## Diskussion

Flera aspekter har påverkat och påverkar framgent projektets framgång:

- Ordinarie mödrahälsovård och dess brist på barnmorskor har drabbat bereskapstillgängligheten för projektbarnmorskorna. Stängd telefon för bokning av besök har inneburit att antalet rekryterade kvinnor ibland blivit för litet.
- Projektbarnmorskornas val att arbeta 75% ger effekter på tillgänglighet och beredskapsplanering, likaså gör avsaknad av nattberedskap.
- Avstånd till förlossningsavdelning, väglag och arbetstidsreglering påverkar möjligheterna till kontinuitet. Det går åt halva beredskapstiden i händelse av att projektbarnmorska åker in till förlossning.
- Sjukdom bland projektets barnmorskor samt en allmän barnmorskebrist har bidragit till svårigheter i projektet.
- Ett missnöje med projektet har skapats över tid vilket innebär svårigheter i rekrytering.
- Sjukhusockupationen har påverkat projektet, särskilt i starten då många hade svårt att skilja på vad som var landstingets beslut att stänga Sollefteå BB och initiativet att starta projektet, som kom från forskare och vårdutvecklare.
- Förhoppning om att Sollefteå BB åter öppnas påverkar barnmorskor, föräldrar och befolkning.
- Olika huvudmän för vården (primärvård och slutenvård) försvårar arbetet med kontinuitet och befrämjar inte samverkan. En ny vårdaktör i form av privat vårdcentral har också påverkat projektet, både när kvinnor valde bort projektet till förmån för den privata, men också när nämnda vårdcentral begärdes i konkurs.
- Rutiner vid förlossningsavdelningarna har inte alltid följts. Det har varit vanligt förekommande att projektbarnmorska inte efterringts (finns i alla fall ingen anteckning om detta). Ordinarie förlossningspersonal skulle kunna känna sig hotade av projektet. Dock verkar det som om projektbarnmorskorna känt sig välkomna på båda förlossningsavdelningarna, men tankar har också funnits att det kan vara svårt att hålla sig uppdaterad på flera ställen, då rutiner och lokaler är olika.

- Svårigheter finns att hantera induktioner, dessa har ökat och många nya diagnoser utgör indikation, exempelvis lång resväg. Svårigheter att kunna vara med vid planerade kejsarsnitt i Sundsvall på grund av operationsplanering.

Knappt hälften av de rekryterade kvinnorna har i denna modifierade caseloadmodell haft en känd barnmorska med vid förlossningen. Detta får anses acceptabelt då beredskap inte varit möjlig dygnet runt med rådande förutsättningar. Önskvärt vore att samtliga projektbarnmorskor arbetar heltid och att beredskap sker dygnet runt.

Vanligtvis brukar caseloadmodeller som har dygnetruntberedskap hamna mellan 75-80% kontinuitetsgrad (13). Förbättringsmöjligheter ses framför allt när det gäller förlossningsavdelningarnas ansvar att efterringa projektbarnmorska i de fall där en projektmamma finns i förlossningsarbete eller är inlagd för observation. Vidare bör beredskapen stärkas så att alla dygn finns täckta av en barnmorska i beredskap mellan 7-23. Vårdmodeller med kontinuitet kräver framförhållning när det gäller planering, både vad gäller antalet inskrivna per månad, inberäknat ett visst bortfall såsom missfall, flytt, avhopp och prematura födslar.

Inga skillnader fanns i de medicinsk/obstetriska utfallen när kvinnor som haft projektbarnmorska jämfördes med de som haft ordinarie förlossningspersonal. För projektet var det viktigt att det medicinska utfallet inte skulle försämrats när projektet introducerades och det visar att rutiner följs. Resultatet tyder också på att ordinarie förlossningsvård med dess engagerade personal gör ett bra arbete som kommer alla kvinnor till godo.

Några skillnader återfanns mellan kvinnor som haft projektbarnmorska med, detta gällde framför allt de sammanfattande aspekterna av mödra -och förlossningsvården. Det är möjligt att dessa skattningar blivit mer positiva beroende på att man fått sina förväntningar uppfyllda. Eftervården genererade inte samma positiva resultat. Här finns ett förbättringsområde. Projektet kommer framgent att fokusera mer på uppföljning av kvinnans hälsa och utöka antalet hembesök. Ett parallellt projekt pågår även i syfte att genomlysa eftervården.

Förlossningsupplevelsen visade också statistiskt signifikanta skillnader, både vid helhetsbedömningen samt vissa enskilda aspekter. Det är känt sedan tidigare forskning att förlossningsupplevelse är något kvinnor bär med sig under stor del av livet även om bedömningen kan ändras något. Det är därför viktigt att inte mäta denna när kvinnan fortfarande är kvar inom vården. Uppföljningar ett år efter barnets födelse har visat att 22 % blir mer positiva och 15 % mer negativa över tid (14).

Kommentarerna som analyserats pekar på att projektet uppfyllt målen att skapa trygghet. Men eftersom knappt hälften av kvinnorna åtnjöt kontinuitet får dessa data tolkas med försiktighet. Intervjuer pågår från och med senhösten 2018 med kvinnor som accepterat att vi kontaktar dem för en uppföljande intervju. Därmed kommer troligen en mer nyanserad bild att framstå.

Vården av förlossningsrädda kvinnor behöver stärkas. I samband med projektstart bestämdes att förlossningsrädda kvinnor skulle prioriteras i projektet och att projektbarnmorskorna skulle ombesörja samtalsstöd samt planera för fortsatt vård inklusive eventuell kontakt med Auroraverksamhet. På samma vis som övriga barnmorskemottagningar i länet ska kvinnorna screenas för förlossningsrädsla med FOBS och därefter följas upp enligt PM.

Dokumentationen av FOBS-värden har stundtals varit bristfällig i projektet men förbättrats över tid.

### **Slutsats**

Denna rapport som studerat utfallet av det första året med beredskap i projektet *Barnmorska Hela Vägen* visar att resultatmålen till stor del har uppfyllts, trots att knappt hälften av kvinnorna haft en känd barnmorska med när barnet föddes. En önskan vore att initiera liknande vårdmodeller på andra platser i regionen där förutsättningarna måhända är bättre med tanke på avstånd och resväg. Som tidigare internationell forskning visat, så är vårdmodellen caseload *Så Mycket Bättre* för de kvinnor/föräldrapar som får åtnjuta denna vårdform.



## Referenser

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
2. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). *Trygg Hela Vägen. Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Rapport, 2018. ISBN: 978-91-7585-620-9
3. Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Johansson M. Parents prefer continuity of midwifery care –Time to change the Swedish system? A prospective longitudinal cohort study. *Sex Reprod Healthc* 2016, 7 :27-32.
4. Jepsen I, Aagaard Nohr E, Foureur M, Elgaard Sorensen E. A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery* 2016;46: 61-9.
5. Newton M, Forster D, McLachlan H: Exploring satisfaction and burnout among caseload and non-caseload midwives. *Women Birth* 2011;24:(Suppl 1):3.
6. Hildingsson, I., Westlund, K., Wiklund, I. Burnout in Swedish midwives. *Sex Reprod Healthc* 2013;4:87-91.
7. McNiff J. *Action research: principles and practice* (2<sup>nd</sup> ed). Routhledge: London, 2002.
8. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Exploring the Fear of Birth Scale in a mixed population of women of childbearing age- a Swedish pilot study. *Women & Birth* (in press) doi 2929331
9. Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic J Psychiatry* 2011; 65(6):414-418.
10. Brown, S. J., & Bruinsma, F. Future directions for Victoria's public maternity services: Is this "what women want"? *Australian Health Review* 2006; 30: 56–64.
11. Dencker A, Taft C, Bergkvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; 10: 81.
12. Wilde Larsson B, Larsson G, Kvist L, Sandin-Bojö A-K. Women's opinions on intrapartal care. Development of a theory-based questionnaire. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 1748-1760.
13. Haines H, Baker J, Marshall D. Continuity of midwifery care for rural women through caseload group practice: Delivering for almost 20 years. *Aust J Rural Health*, 2015;23:339-45.
14. Hildingsson I, Johansson M, Karlström A, Fenwick J. Factors associated with a positive birth experience. An exploration of Swedish women's experiences. *International Journal of Childbirth*, 2013; 3(3): 153-164.

ISBN 978-91-985229-0-7