

Från KVINNORS OCH BARNNS HÄLSA  
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

**GRUPPMÖDRAVÅRD -**  
förväntningar, attityder och upplevelser från föräldrars och barnmorskors perspektiv

Ewa Andersson



**Karolinska  
Institutet**

Stockholm 2014

All previously published papers were reproduced with permission from the publisher.

Published by Karolinska Institutet. Printed by E-print.Stockholm

© Ewa Andersson, 2014  
ISBN 978-91-7549-426-5

Tillägnad alla föräldrar och barnmorskor som bidragit till denna avhandling

## ABSTRACT

Andersson Ewa. (2014) Gruppmödravård -förväntningar, attityder och upplevelser från föräldrars och barnmorskors perspektiv.

(Group based antenatal care - expectations, attitudes and experiences from parents' and midwives' perspective), Karolinska Institutet.

IBSN: 978-91-7549-426-5

Group based antenatal care (GBAC) is a model of antenatal care that has been implemented in Sweden since year 2000. Sparse research has been conducted in Sweden but in the USA, where the model is more common, the research has found that women's satisfaction with GBAC is higher than with standard individual care (SC).

**The purpose** of this thesis was to study women's' expectations of antenatal care and parents' experiences of GBAC in Sweden. Midwives attitudes and thoughts about GBAC and their work in SC were also investigated.

**Method:** In **Study I**, 28 parents who received GBAC were interviewed about their experiences and qualitative content analysis was used to understand and describe their responses. **Studies II** and **III** are based on the controlled clinical trial (CCT), which was conducted in 12 clinics in different geographical areas in Sweden between 2008-2010. The design of the study consisted of midwives who were randomized to GBAC or SC and women in both groups evaluated the given care. **Study II** compared 700 women's' expectations of antenatal care before the intervention in the CCT with 3061 women in an earlier national cohort (KUB) and also compared expectations in women who later received GBAC or SC. **Study III** was based on two questionnaires given to women before the intervention in the CCT and six months after birth. The study explored differences in mothers' satisfaction with the two models of antenatal care. Descriptive and comparative statistics were performed in **studies II and III**. In **Study IV** structured interviews were used to explore 56 midwives attitudes to GBAC. Descriptive statistics and quantitative content analysis were used.

**Results** from **Study I** showed that parents valued that their medical needs were fulfilled, and they felt prepared for childbirth but not for parenthood. Parents appreciated their midwives for their medical knowledge but were critical of their awareness of gender issues. In GBAC parents had opportunities to socialised with other couples and when sharing their situations with each other, they felt more normalized. They also recommended this model for all parents. The expectation of content of care in **Study II** showed changes since the National cohort 10 years ago. Currently women have lower expectations in health related issues and in attending parental classes but higher expectation about information. They also have a higher expectation that during antenatal care midwives will treat them with respect and support their partner's involvement. Two significant differences were found between GBAC and SC in the CCT: women who later received GBAC had higher expectations about information on breastfeeding and the importance of attending parental classes. Regardless of model of care, women in CCT had lower expectations of continuity of caregiver and there were also fewer women who preferred more visits then recommended compared to women in the national cohort. In comparison between GBAC and standard care in **Study III**, there were no significant differences in general satisfaction between the two models. In GBAC, women reported significantly less deficiencies with all information, except information about pregnancy.

Women in GBAC reported more engagement from the midwives, that they were taken more seriously and that they had more time to plan the birth. Women in GBAC was also more satisfied with antenatal care in supporting contact with other parents and that the care helped them in initiating breastfeeding. Women reported deficiencies in almost 50% of antenatal care content regardless of model. Midwives in **Study IV** weighed pros and cons of initiating GBAC and considered the model inappropriate for immigrants and well-educated parents. They also expressed organisational barriers to implement the model. The majority of the midwives reported high work satisfaction and 55% requested to run GBAC. **In conclusion**, the findings of this thesis found few differences in women's expectations about the content of care between GBAC and SC, but expectations have changed over the last ten years. Parents who experienced GBAC appreciated the group model. Similar overall satisfaction in both models of antenatal care suggests that GBAC can be introduced without altering women's satisfaction with antenatal care but midwives viewed constraints to implement GBAC.

**Keywords:** Antenatal care, group based antenatal care, midwives, parents, patient satisfaction, women.

## FÖRTECKNING ÖVER PUBLIKATIONER

Avhandlingen är baserad på följande del arbeten, vilka kommer att refereras till i texten enligt följande romanska siffror.

- I. Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. **Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics.** Midwifery 2012, **28**:502-508.
- II. Hildingsson I, Andersson E, Christensson K. **Swedish women`s expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women.** Sex Reprod Healthc. Accepted 13 January 2014.
- III. Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. **Mothers' satisfactions with group antenatal care versus individual antenatal care - a clinical trial.** Sex Reprod Healthc. 2013, **4**: 113-20.
- IV. Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. **Swedish midwives' perspectives on group based antenatal care.** Resubmitted 24 april 2014, International Journal of Childbirth.

Tillstånd att publicera artiklarna har erhållits från respektive tidskrift.

## FÖRORD

Ämnet gruppmödravård har kommit att bli "mitt" ämne under flera år. Jag har studerat ämnet i verkliga livet i Sverige, England och USA parallellt med mina teoretiska studier. Det har inneburit en ökad förståelse om komplexiteten beträffande mödrahälsovården och dess forskning. Detta har bidragit till att jag fått ett fågelperspektiv på vården i Sverige. Det har också medfört att jag reflekterat över det Svenska ordet mödrahälsovård som också ibland kallas mödravård. Denna benämning lever kvar sedan tillkomsten av denna vård på 1930-talet. Mödrar och vård. Likaså kan ordet gruppmödravård uppfattas som att den består av vård som endast ges till mödrar i grupp. Var är familjen som barnmorskorna ska värna om och var finner man det som inte relateras till hälsovård eller vård? Dock har vissa förändringar skett i benämningar då under 1990- talet ändrades mödravårdscentraler beteckning i Sverige till barnmorskemottagningar. Man använder dock fortfarande beteckningen mödrahälsovård i en övergripande definition för hälsovård och föräldrastöd under graviditeten. Det är dessa benämningar som existerar idag och används, även i denna avhandling. I framtiden kanske en ny benämning kommer att existera som bättre beskriver mödrahälsovården och som bättre speglar mödrahälsovårdens innehåll och uppdrag.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND.....	1
	1.1 Mödrahälsovården och dess utveckling i olika samhälle.....	1
	1.2 Mödrahälsovårdens utveckling och framväxt i Sverige.....	2
	1.3 Sveriges mödrahälsovård i dagsläget.....	4
	1.4 Alternativa modeller i mödrahälsovården.....	4
	1.5 Gruppmödravård.....	5
	1.6 Barnmorskan i mödrahälsovården.....	7
	1.7 Psykosocialt stöd och information inom mödrahälsovården.....	8
	Nutidens information till föräldrar.....	9
	1.8 Blivande pappan och partnern i mödrahälsovården.....	10
	1.9 Begreppet patienttillfredsställelse och dess mätmetoder.....	11
	1.10 Kvinnors förväntningar och tillfredsställelse med mödrahälsovården.....	12
2	PROBLEMFÖRMULERING.....	14
3	SYFTE.....	15
4	MATERIAL OCH METOD.....	16
	4.1 Delarbete I.....	17
	4.1.1 Datainsamling.....	17
	4.1.2 Analysmetoder.....	18
	4.2 Delarbete II.....	18
	4.2.1 Datainsamling för delarbete II och III.....	18
	4.2.2 Analysmetoder.....	22
	4.3 Delarbete III.....	22
	4.3.1 Intervention och datainsamling.....	22
	4.3.2 Analysmetoder.....	25
	4.4 Delarbete IV.....	25
	4.4.1 Datainsamling.....	25
	4.4.2 Analysmetoder.....	26
5	ETISKA ASPEKTER ANGÅENDE DELARBETENA.....	28
6	RESULTAT.....	29
	6.1 Resultat av de fyra i avhandlingen ingående delarbetena.....	29
	6.2 Delarbete I.....	30
	6.3 Delarbete II.....	33
	6.3.1 Kvinnor i den kliniska kontrollerade studien.....	33
	6.3.2 Jämförelse mellan kvinnor i den kliniska studien och den historiska nationella kohortstudien.....	34
	6.4 Delarbete III.....	34
	6.5 Delarbete IV.....	36
7	DISKUSSION.....	38
	7.1 Resultatdiskussion.....	38
	7.1.1 Föräldrars övergripande tillfredsställelse med mödrahälsovården.....	38
	7.1.2 Blivande pappan och partnern i mödrahälsovården.....	39
	7.1.3 Organisatoriska aspekter på gruppmödravård och standardvården... Antal besök och kontinuitet.....	39 40



7.1.4 Barnmorskan i gruppmödravården och standardvården.....	41
7.1.4 Medicinska- och hälsorelaterade aspekter i mödrahälsovården.....	43
7.1.5 Kunskap och informationsaspekter i mödrahälsovården.....	43
7.1.6 Psykosocialt stöd i mödrahälsovården.....	44
7.1.7 Förlossning och föräldraförberedelse .....	46
7.2 Metoddiskussion.....	47
7.2.1 Delarbete I.....	47
7.2.2 Delarbete II .....	48
7.2.3 Delarbete III .....	49
7.2.4 Delarbete IV.....	50
7.3 Slutsatser.....	51
7.4 Förslag till fortsatt forskning .....	52
8 REFERENSER .....	53
9 TACK .....	70

## FÖRKORTNINGAR OCH VEDERTAGNA BEGREPP

MVC	Mödravårdscentral
BVC	Barnavårdscentral
GBAC (GV)	Group based antenatal care, (gruppmödravård)
SC (SV)	Standard antenatal care, (individuell standard mödrahälsovård)
Kohortstudie	En uppföljningsstudie med en definierad studiepopulation
KUB	Kvinnors upplevelse av barnafödande (Nationell kohortstudie)
CL	Konfidensintervall
OR	Oddsquotient
RCT	Randomiserade kontrollerade studier
CCT	Klinisk kontrollerad studie utan randomisering
WHO	World Health Organisation (Världshälsoorganisationen)



# 1 BAKGRUND

## 1.1 Mödrahälsovården och dess utveckling i olika samhällen

Mödrahälsovården har utvecklats utifrån länders historia och befolkning. I vissa länder har traditioner styrt utvecklingen mycket starkt medan politiska beslut har styrt den i andra. Mödrahälsovården har följaktligen olika organisatoriska upplägg i olika delar av världen. Som exempel på detta erbjuds föräldrautbildning i olika utsträckning och antalet besök som erbjuds kan variera. Det är inte heller vedertaget att pappor är delaktiga i vården i alla länder (Draper 2002). Vårdgivarens profession inom mödrahälsovården kan variera och i stora delar av världen är det ofta en läkare som är vårdgivare under en graviditet. Norden och Storbritannien utgör två undantag eftersom barnmorskorna där har ett mer självständigt ansvar för graviditeten (Sandall et al. 2013).

Det kan vara problematiskt att utvärdera och jämföra mödrahälsovården mellan länder då organisatoriska och innehållsmässiga delar skiljer sig åt. Vid jämförelse av forskningsresultat om patienttillfredsställelse blir detta uppenbart, då standardvården har olika traditioner och förutsättningar i olika delar av världen. Utvärderingar behövs dock för att jämföra kliniska och kostnadseffektiva alternativ. De ekonomiska följderna av alternativa mödrahälsovårdsprogram är av särskild betydelse i låg- och medelinkomstländer där resurserna är mest knappa, men de är också relevanta i höginkomstländer. Vidare bör utvärderingarna inkludera information om kvinnornas förväntningar samt vårdgivarnas perspektiv. Ett tillfredsställande bemötande kan få konsekvenser att ta till vara vården. Detta har bl.a. uppmärksammats i flera låginkomstländer där hemförlossning utan professionell hjälp föredras framför institutionella förlossningar, till följd av otillfredsställande bemötande av vårdpersonal. Uteblivna besök har visat sig vara en av de bidragande orsakerna till en hög mödramortaliteten i dessa länder (Graham 2002; WHO 2003)

Under 1980- och 1990-talen uppmärksammades behovet av att utvärdera mödrahälsovården. Forskare studerade besöksantal, organisatoriska aspekter samt effekter relaterade till olika screeningprogram (Hall & Campbell 1992; Villar et al. 2001a; Villar et al. 1998). Resultaten från denna forskning visade att

screeningprogram har en osäker effekt och måste studeras noggrannare.

Interventioner med utökat socialt stöd från vårdgivare för kvinnor med risk graviditeter minskade inte andelen för tidigt födda barn eller låg födelsevikt (Hodnett, Fredericks, Weston 2010). Likaså har förebyggande åtgärder för preeklampsi studerats med osäkra och varierande resultat (Villar et al. 2004; Bezerra, Lopes, Murthi, Da Silva Costa 2012).

Det finns stora skillnader i länders mödra- och barnadödlighet. Skillnaderna kan bero på fattigdom och brister i den förebyggande vården såsom mödrahälsovården. Enligt WHO lever 99 procent av de kvinnor som dör under graviditet och förlossning i låginkomstländer (WHO/UNICEF 2010). I låginkomstländer och i USA har det identifierats problem med att få kvinnorna att uppsöka vården. Insatser görs därför för att få gravida kvinnor att komma till den etablerade vården. En multicenterstudie har emellertid påvisat att färre besök inte påverkar mortaliteten eller morbiditeten (Villar et al. 2001b), vilket i sin tur har lett till en minskning av antalet besök i stora delar av världen. Det finns dock studier på senare tid som visat att modeller med färre besök kan kopplas till en högre perinatal dödlighet (Dowswell et al. 2010; Vogel et al. 2013; Hofmeyr & Hodnett 2013).

Mödrahälsovården har studerats i Europa och enligt en studie som inkluderade 13 europeiska länder visade att alla dessa länder har olika organisatoriska system (Hemminki & Blondel 2001). Trots att man tar hand om blivande mödrar på olika sätt finns det inga belegg för att något sätt är bättre än det andra för att få kvinnor att utnyttja mödrahälsovården. Forskarna fann inte heller belegg för att någon vårdform har skyddande effekt på perinatal dödlighet (Hemminki & Blondel 2001). En fall kontrollstudie där 10 europeiska länder ingick framkom det att de flesta länder betraktar sin mödrahälsovård som jämlik (Delvaux, Buekens, Godin Boutsen 2001). Forskarna i denna studie fann emellertid att länderna hade olika sjukvårdsförsäkringssystem, vilket har bidragit till att vissa kvinnor inte alltid får adekvat hjälp. Det finns flera grupper som har svårt att hävda sin rätt att få adekvat vård av olika anledningar. Det kan bero på personliga problem, socioekonomiska problem, sjukvårdens organisation och kulturella skillnader. (Delvaux et al. 2001).

## 1.2 Mödrahälsovårdens utveckling och framväxt i Sverige

Mödrahälsovården i Sverige började byggas upp efter brittisk modell under mellankrigstiden. Denna tid innebar en brytningstid där den dåvarande

socialdemokratiska regeringen planerade socialpolitik med visioner om välfärd, nämligen folkhälsan i det svenska folkhemmet (Milton, 2001). Ursprungligen var målet med mödrahälsovården enbart somatisk hälsa, men med ökad kunskap om psykologiska och sociala faktorerets betydelse vid graviditet och förlossning har mödrahälsovården utvecklat ett psykosocialt arbetssätt (Gunn et al. 2006).

År 1937 beslutade riksdagen att statsbidrag skulle ges till landstingen för att bedriva mödra- och barnhälsovård. Året efter inrättades mödravårdscentraler på vissa platser för att på 1940-talet vara en rikstäckande verksamhet. I samband med att mödravårdscentralerna inrättades förändrades synen på den gravida kvinnan. Graviditet var inte längre kvinnans ensak utan en fråga som var viktig ur ett samhällsperspektiv. Dagens mödrahälsovård och dess föräldrautbildning bygger på en ideologi från 1930-talet då Alva och Gunnar Myrdals idéer hade en stor betydelse. (Myrdal A, Myrdal G 1934). Tanken var att föräldraskapet skulle ses som ett yrke som man skulle utbilda sig till. Föräldrar skulle få utbildning via olika institutioner i samhället, däribland mödrahälsovården. Den svenska mödrahälsovården omfattade till en början endast urin- och blodtryckskontroller, kontroll av fosterläge samt fosterljud. Barnmorskan gjorde hembesök och mödrarna undervisades individuellt i barnavård, kost, hygien och tandvård.

Mödrahälsovården utvecklades och ledde till att kontakterna med barnmorskan koncentrerades till mottagningar dit de blivande mödrarna kom. Geografiskt hörde denna verksamhet till den mest decentraliserade inom hälso- sjukvårdssystemet och så är det ännu idag. År 1940 var antalet inskrivna i mödrahälsovården 15,6 procent (SOU:1979:4) och antalet ökade snabbt. År 1954 var antalet 71,2 % och idag är nästan alla blivande mödrar inskrivna på mödrahälsovården. (SFOG 2008). Under 1980-talet ersattes tidigare arbetsformer som baserades på Medicinalstyrelsen normalinstruktioner för mödrahälsovården från 1955 och 1969 års normalreglemente med Socialstyrelsens Allmänna råd och anvisningar (SOU 1979:4). I dessa nya råd från 1979 betonade att föräldrar skulle förberedas inför förlossning och föräldraskap. I anvisningarna stod det även att barnmorskans arbete skulle omfatta hela familjen och inte längre bara fokusera på den gravida kvinnan (SOU 1979:4). Sedan 2007 har Socialstyrelsen inget uppdrag att ge direktiv till mödrahälsovården. Det är nu professionernas organisationer som författar direktiv och förslag.

Organisationen av den svenska mödrahälsovården har varit rådande sedan mitten av 1970-talet. Vården har förändrats och nya rutiner och direktiv har införts ibland

utan vetenskapliga belägg (Villar 2001a; SFOG 2008). Sedan införandet av mödravårdscentraler i Sverige har innehållet i vården förändrats även om organisationen fortfarande är densamma.

### 1.3 Sveriges mödrahälsovård i dagsläget

Arney och Bergen (1984) liknar utvecklingen av dagens medicin vid en pentimento, en tavla där tidigare bilder ansas genom lager av övermålade nyare bilder som ännu inte tagit form. Detta är även applicerbart på mödrahälsovårdens utveckling i Sverige där man anar den underliggande målningen med traditioner av olika medicinska förhållningsätt och viljan att utbilda kvinnor till sunda individer som genererar en ny generation friska individer. Sedan införandet av ett nationellt medicinskt basprogram för mödrahälsovården har förändringar skett. Från att tidigare ha träffat barnmorskan 13–14 gånger under graviditeten, förordar nu basprogrammet 8–9 barnmorskebesök under en normal graviditet. Intervallen mellan besöken är glesa i graviditetens början för att öka mot slutet (SFOG 2008). Studier om kvinnors upplevelser av mödrahälsovården i Sverige visar att de ofta är missnöjda med antalet besök i tidig graviditet och intervallen (Hildingsson, Waldenström, Rådestad 2002; Hildingsson & Thomas 2007). Detta kan ha sin förklaring i att kvinnan i tidig graviditet har ett ökat behov av stöd och bekräftelse då allt är nytt och omvälvande (Raphael-Leff 1991).

Det poängteras också i de tidigare riktlinjerna från Socialstyrelsen att vissa blivande mammor behöver utökad antal besök utifrån psykosociala frågeställningar (SoU 1996:7).

I Sverige är risken minimal för att kvinnor och barn dör i samband med graviditet och förlossning (Medicinska födelseregistret 2012). Detta medför att mödrahälsovården inte enbart behöver ägna tid åt att förebygga dödlighet utan att de också kan möjliggöra en utveckling inom andra områden, såsom psykosocial hälsa under graviditeten. Idag är mödrahälsovården uppgift att både fokusera på det medicinska såväl som det psykosociala. På senare tid har ett medicinskt teknisk perspektiv uppkommit sedan man infört nya screeningmetoder såsom ultraljud.

### 1.4 Alternativa modeller inom mödrahälsovården

Det existerar olika vårdmodeller inom mödrahälsovården internationellt, som barnmorsketeam (Biro, Waldenström, Brun, Pannifex 2003), case load-vård

(McLachlan 2012 et al.; Tracy et al. 2013) och gruppmödravård (Rising 1998). Barnmorskeam och Case load innebär kontinuitet med samma vårdgivare/grupp under graviditet, förlossning och eftervård och har visat en större patienttillfredsställelse jämfört med en fragmenterad vård som det innebär med olika vårdgivare under graviditet, förlossning och eftervård (Waldenström et al. 2002).

En kvalitativ studie från Storbritannien visar att barnmorskor i case load-modeller är närmare idealen av att vara ”med kvinnan” än barnmorskorna i studien som arbetade inom konventionell vård. Det framgår av denna analys att de barnmorskor som arbetade med case load kände sig mindre begränsade än barnmorskor i andra modeller. Arbetet innebar en större självständighet när det gällde möjligheter att ta beslut och att själv utveckla en flexibilitet gentemot kvinnan (Mc Court 2006).

I Sverige finns det två alternativa vårdformer inom mödrahälsovården, det ena är en modifierad modell av barnmorskeam som förekommer på en klinik (Tingstig, Gottwall, Grunewald, Waldenström 2012) och det andra alternativet är en modell av gruppmödravård som bedrivs på flertalet mottagningar i Sverige sedan år 2000 (Wedin, Molin, Crang Svalenius 2010).

## 1.5 Gruppmödravård

En gruppmodell, CenteringPregnancy© har sitt ursprung i USA och skapades av barnmorskan Sharon Rising Schindler under 1990 talet (Rising 1998).

CenteringPregnancy© är ett varumärke och innebär att vårdgivarna betalar en avgift för att få använda denna modell. CenteringPregnancy© bygger på att kvinnan ska få mer kunskap och makt över sin graviditet och hälsa. Gruppmodellen baseras på tre enheter; hälsobedömning, utbildning och support. Modellen innebär att kvinnan själv utför kontroller med övervakning av barnmorskan. Alla undersökningar sker avskilt i rummet vid gruppstillfället. Gruppen är sammanhållen hela graviditeten. Gruppen består av 8-12 kvinnor med samma graviditetstid samt deras partner eller annan anhörig. De som leder gruppen kan vara sjuksköterskor, barnmorskor eller annan personal som intar en roll som facilitator (lyssna på alla inblandade för att ge rum åt alla och utan hierarki).

CenteringPregnancy© implementeras i många länder med stor framgång (Jafari, Eftekhar, Fotouhi, Mohammad, Hantoushzadeh 2010; Teate, Leap, Rising, Homer



2009; Benediktsson et al. 2013). Det har påtalats att denna modell innebär en tidsvinst för vårdgivare (Rising 1998; Homer et al. 2012).

Gruppmödravård (GV) har implementerats i Sverige med inspiration från Danmark och har inte utvärderats varken från kvinnors eller barnmorskors perspektiv (Wedin et al. 2010).

GV i Sverige innebär att en grupp föräldrar följs åt från mitten av graviditeten och att hälsoundersökningar genomförs individuellt (Wedin et al. 2010). GV innebär att barnmorskan träffar kvinnan och hennes partner i grupp om cirka sex par under cirka två timmar. Den första timmen används till att fördjupa sig i olika ämnen, men kan även innehålla moment av andnings- och avslappningsträning. Under den andra timmen träffar barnmorskan kvinnorna individuellt medan gruppen fortsätter med sina aktiviteter. Det rapporteras att kvinnorna själva sitter kvar och utbyter erfarenheter med varandra (Wedin et al. 2010).

Den internationella forskningen om gruppmödravård har oftast inkluderat socialt utsatta kvinnor och dessa studier har funnit att tillfredsställelsen var högre med gruppmödravård i jämförelse med standardvård (graviditetskontroller utan föräldragrupper) (Grady & Bloom 2004, Klima 2003; Ickovics et al. 2007; Robertson, Aycock, Darnell 2009).

Det finns stöd för att dessa grupper besöker mödrahälsovården mer frekvent när de deltar i gruppmödravård (Lathrop 2013).

Endast en studie är funnen där gruppmodellen med individuell vård jämförts med föräldragrupper (Benediktsson et al. 2013). Studien fann att kvinnor med psykosociala problem hade en förbättrad psykisk hälsa vid fyra månader efter förlossningen jämfört med kvinnor standardvården. Ingen tidigare studie av pappor och gruppmödravård har identifierats. Forskningen har mestadels fokuserat på medicinska och sociala utfall samt tillfredsställelse med gruppmodellen. En systematisk översiktsartikel och metaanalys, där två randomiserade kontrollerade prövningar och fem kohortstudier ingick, visade att endast två var av hög kvalitet (Manant & Dodgson 2011). Slutsatsen utifrån dessa två studier var att gruppmödravård ledde till ett mindre antal för tidigt födda barn och en ökad patienttillfredsställelse. Författarna rekommenderar dock fler högkvalitativa studier innan man drar generella slutsatser. Slutsatserna från internationella studier om

effekterna av denna vårdform är svåra att översätta till ett svenskt sammanhang eftersom standardvården är organiserad på olika sätt. Emellertid så pågår diskussioner idag såväl internationellt som nationellt, om huruvida mödrahälsovård i grupp är mer effektivt såväl medicinskt som psykosocialt (Lathrop 2013; Homer et al. 2012).

## 1.6 Barnmorskan i mödrahälsovården

Barnmorskans arbete med gravida kvinnor/ blivande föräldrar består i att utföra medicinska kontroller, förmedla kunskap om graviditet, förlossning och föräldraskap samt ge psykosocialt stöd och förmedla allmän hälsoupplysning (SFOG 2008). Alla dessa aktiviteter ska beakta tre olika perspektiv; det väntade barnets hälsa, föräldrarnas/familjens hälsa och folkhälsan.

Hermansson och Mårtensson (2011) föreslår att den sociala processen mellan barnmorskan och föräldrarna är en form av stöd i vilken en förtroendefull relation utvecklas. Detta innebär att möta parets behov, att tillsammans lösa problem och att hitta olika vägar som gör att de blivande föräldrarna känner att de har kontroll över sina liv. Stöd kan även innebära en process som innebär att hjälpa paret att få kontroll över olika faktorer som påverkar deras hälsa. Stöd kan användas på två olika nivåer, nämligen mikro- och makronivå. Mikronivå innebär att barnmorskan använder sig av sin yrkeskunskap och erfarenhet för att stödja föräldrarna. Detta ska resultera i att kvinnan och hennes partner känner sig trygga och kan reflektera över sin egen situation och fatta ansvarsfulla beslut själva. Makronivå innebär i att barnmorskans arbete sker på organisatorisk nivå och samhällsnivå för att förbättra föräldrarnas förutsättningar (Hermansson, Mårtensson 2011; Mc Court 2006). Barnmorskor inom mödrahälsovården har två roller att spela. De ska pendla mellan rollen att vara aktiv i att utföra vissa uppgifter och att vara passiv mottagare som lyssnare. Mödrahälsovården har ett uppdrag att genomföra hälsoövervakning och uppdraget har utformats inom den medicinska sfären. Detta kan bidra till ökade rutiner i arbetet. Upprepning skapar rutin som förenklar och effektiviserar, ett strukturerat arbetssätt som styrs av tid. Genom upprepning hävdas att detta bygger på evidens utan att behöva ha grund för detta. Ett exempel på en sådan rutin som utförs med lite evidens är symfys- fundus mätningar som mäter tillväxt på det ofödda barnet (Robert, Ho, Valliapan, Sivasangari 2012). Detta behöver dock inte

innebära att barnmorskan har en medveten strävan att arbeta efter detta arbetssätt och dess rutiner (Bredmar 1999). Det har också framhållits att mödrahälsovårdens metoder i västvärlden inte bygger på evidens utan är mer på traditioner och ritualer (Villar et al 2001a).

### 1.7 Psykosocialt stöd och information i mödrahälsovården

Föräldraförberedelsen har förändrats från en muntlig tradition kvinna till kvinna till en politisk reform, där målet var en ökad kunskap och tillväxt av befolkningen. På 1930- talet fanns det krafter i samhället som ansåg att föräldrar inte var kompetenta att ta hand om sina barn utan vägledning. Experter, t.ex. Barnavårdsnämnden, hade en ideologi som innebar att tilltron till föräldrars egen kraft och kompetens negligerades. Stearns (1991) menar att tanken från början var att experterna skulle lugna de ängsliga föräldrarna. Sedan dess har en utveckling skett, från mödraundervisning där barnmorskorna till en början arbetade från ett renodlat medicinskt perspektiv till ett mer psykosocialt synsätt där även papporna på 1970-talet bjöds in till föräldragrupper. Föräldrakurser ska vara ett stöd till föräldrarna med respekt för deras integritet, kompetens och förmåga. Föräldrautbildning beskrevs som en likvärdig utbildning men inte nödvändigtvis likformig (Drakos & Höjer 1981, SoU 1984:12). Vidare bör innehållet i huvudsak bygga på föräldrarnas egna frågor och intressen (SoU 1997:161).

Idag är råden mer tillåtande i de officiella skrifterna. Föräldrar råds till och med att inte lita på experter utan på sig själva och det betonas samtidigt vilket ansvar föräldraskapet medför. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är syftet med föräldrautbildning att förbereda föräldrarna inför förlossningen och föräldraskapet och att bidra till att skapa nätverk mellan blivande föräldrar.

De senaste tio åren har föräldrautbildningen minskat i antal träffar och många mottagningar erbjuder endast gruppträffar för förstföderskor vid två, tre tillfällen (SoU 2008:131). Rapporten om föräldrastöd på regeringens uppdrag gav förslag om förbättringar enligt följande: fler familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter, förberedelse för förändrad parrelation och föräldraskap inom mödrahälsovården. Författarna i denna rapport föreslog också kompetensutveckling av personal inom mödrahälsovården (MVC) och barnhälsovården (BVC), en fortsättning på BVC av föräldragrupper som startar på MVC med inbegripande av

flerbarnsföräldrar. Vidare förespråkade de särskilda insatser för att nå och motivera föräldrar som ofta avstår från att delta i föräldragrupp samt ett ökat utbud av strukturerade och evidensbaserade program på MVC (SoU 2008:131).

Det saknas evidens om föräldrautbildningens nytta på förlossningsutfall, föräldrabilivandet och tillfredställelse. Publicerade svenska studier visar att deltagandet i föräldragrupper inte påverkar förstfödernas erfarenhet av förlossning (Bergström, Kieler, Waldenström 2009; Fabian, Rådestad, Waldenström 2005). Andra fynd finns från bl.a. från en randomiserad kontrollerad studie (RCT) som talar för att utbildningsprogram med fokus på föräldraskap förbättrade mammors tilltro till sin förmåga samt deras kunskap om föräldraskap (Svensson, Barclay, Cooke 2009). Föräldrautbildning ger också en möjlighet för föräldrar att träffa andra föräldrar som befinner sig i samma livsfas. Föräldrar kan ha behov av en ny vänskap eftersom befintliga vänner som inte har barn eller som arbetar blir mindre centrala i deras liv (Deave, Johnsson, Ingram 2008). Tidigare forskning har betonat den viktiga roll som föräldrautbildningsgrupper kan spela för att bygga vänskap (Ho & Holroyd 2002; Nolan 2008). Det har också beskrivits i svensk kvalitativ studie att föräldrar önskade delta i föräldragrupper för att träffa andra och utbyta kunskap (Norling-Gustafsson, Skaghammar, Adolfsson 2011). Det har också påvisats att ett välbefinnande vid övergången till föräldraskapet kan befrämja hälsan hos föräldrar (Martins & Gaffan 2000; Burke; 2003 Barlett 2004; Plantin 2007).

Föräldraträffar är en del i det psykosociala arbetet och i det förebyggande arbetet inom mödrahälsovården. Dock finns det brister i evidens om relationen mellan föräldrautbildning och ökat socialt stöd (Gagnon & Sandall 2007). Man vet dock att kvinnors upplevda moderskap är starkt beroende av feedback från medlemmar av deras sociala nätverk (Deave et al. 2008; Mercer 1985).

Det psykosociala arbetet inom mödrahälsovården är särskilt viktigt för kvinnor med beteendemässiga riskfaktorer inklusive psykisk ohälsa, våld, eller användandet av beroendeframkallande ämnen (Chapman & Wu 2013; Jahanfar et al. 2013). Det har dock rapporterats att barnmorskor finner en svårighet att balansera arbetets medicinska och psykosociala innehåll (SOU 2008:131).

### *Nutidens information till föräldrar*

Dagens föräldrar har en vana att använda och söka information via andra källor än vårdgivare. I det postmoderna samhället finns ett intensivt flöde av information via utveckling av informationsteknologi. Internet har snabbt utvecklats och ett flertal studier om blivande föräldrars användning belyser att internet är en källa till information som kompletterar den mer generella informationen från vården (Plantin, Danebäck 2010; Larsson 2009). Olika studier visar samstämmigt att en stor andel av dagens förstagångsföräldrar i västvärlden vänder sig till internet som en primärkälla för information kring föräldraskapet (Mac Mullan 2006). Informationsbehovet har ökat och det finns en stark tilltro att information ska ge vägledning. Det har beskrivits att internetanvändningen också ökade det sociala kontaktnätet i det verkliga livet (Scharer 2005; Sarkadi & Bremberg 2005). De nya informationskällorna kan innebära att information mellan generationer förändras. Den snabba utvecklingen kan leda till att kunskap från barnmorskor och andra källor kan ses som föråldrad.

### 1.8 Blivande pappan och partnern i mödrahälsovården

Enligt studier bör mödrahälsovården och föräldraskapsutbildningar ge mer uppmärksamhet åt blivande fäders och partners behov av kunskap om graviditet och förlossning (Boyce, Condon, Barton, Corkindale 2007; Fägerskiöld 2008). Om föräldragrupper kan hjälpa män med övergången till faderskap, kan det även gynna deras partner och barn (Buist, Morse, Durkin 2003). Sedan mitten av 1990-talet har pappagrupper funnits i Sverige. Gruppen kan vara sammanhållen och träffas regelbundet under graviditeten och sedan vid ett flertal tillfällen efter förlossningen. Det har ibland varit en försöksverksamhet eller som ett komplement inom mödrahälsovårdens ramar. SPRI har utvärderat denna verksamhet och funnit en positiv effekt genom att pappornas uttag av föräldraförsäkringen ökade. Grupperna sågs även som ett sätt att öka anknytningen mellan fäder och barn (Blom 1996). I en rapport om pappors deltagande i pappagrupper svarar flertalet (64,6 procent) att pappagruppen betytt mycket för dem som föräldrar, och en stor andel av deltagarna rapporterar att pappagrupperna varit viktiga för att utveckla parrelationen och relationen till barnet (Schiratzki, Berggren 2009). Tidigare forskning har funnit att pappor anser

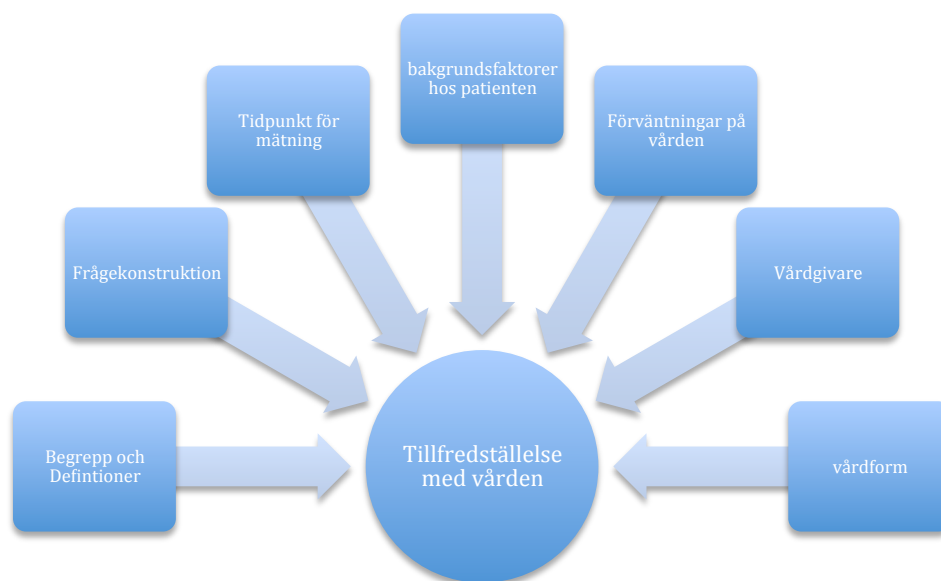
att föräldrautbildningen under graviditeten är som en ritual och att de deltog för kvinnans skull. Dessa studier visade också att papporna inte hade några förväntningar på föräldrautbildningen men uttryckte besvikelse över det starka kvinnofokus i grupperna. (Hallgren, Kihlgren, Forslin Norberg 1999; Olsson, Sandman, Jansson 1996). Enligt en översiktsartikel över kvalitativa studier om pappors deltagande i vården kring graviditet och barnafödande känner pappor sig exkluderade. De upplever sig varken som patienter eller nära anhöriga. Papporna försökte balansera sina upplevelser i övergången till faderskapet med önskan att ge deras partner stöd (Steen, Downe, Bamford, Endozien 2012).

### 1.9 Begreppet patienttillfredsställelse och dess mätmetoder

Patienttillfredsställelse har studerats sedan lång tid tillbaka, men trots detta saknas en enhetlig definition av och konsensus kring vad begreppet omfattar (Redshaw 2008;

Sitzia & Wood 1997). Forskningsresultat har identifierat denna avsaknad av konsensus och föreslagit olika begrepp (Sofaer & Firminger 2005). Patientens syn på kvalitet i vården och patienttillfredsställelse har föreslagits vara synonyma (Vukmir 2006). Sitzia och Wood (1997) hävdar att teoretiska frågor bör ligga till grund för utformningen och konstruktionen av mätmetoder som undersöker tillfredsställelse. Vidare belyser de att komplexiteten i begreppet försummas när resultaten presenteras. Resonemanget om avsaknad av konsensus när det gäller tillfredsställelse med vården och dess mätmetoder förstärktes ytterligare i en Cochrane Review om kontinuitet inom vården kring barnafödandet (Sandall et al. 2013). Man fann en inkonsekvens i instrument och skalor som användes till att mäta tillfredsställelse, vilket omöjliggjorde en metaanalys på variabeln patienttillfredsställelse.

Komplexiteten med att mäta patienttillfredsställelse har uppmärksamats av Van Teijlingen (2003a), att kvinnor i stort skattar vården högt då de är beroende och tacksamma för den vård de har fått. Det kan leda till att deras bedömningar av vården ofta blir överskattad i patientundersökningar. Ett annat problem har identifierats med frågeformulär som endast innefattar en generell fråga, detta kan leda till ett positivt och överskattat svar (Van Teijlingen 2003a). Redshaw (2008) har identifierat ett de flesta frågeformulär fokuserar på tillfredsställelse och föreslagit att mätmetoder även ska innehålla frågor om otillfredsställelse.



**Figur 1. Faktorer som påverkar mätning och resultat av patienttillfredsställelse**

Kvinnor tenderar att vara försiktiga när de ska bedöma vårdgivare (Fitzpatrick 1991) och tidpunkten när frågorna ställs kan vara avgörande. Det finns vissa belägg för att kvinnor är mer benägna att uttrycka negativa känslor angående sina erfarenheter av vården när en längre tid har förflutit efter förlossning (Erb, Hill, Houston 1983; Bennett 1985; Waldenström 2003). Erb et al. (1983) fann att det är vanligare att kvinnor uttrycker negativa känslor om förlossningsupplevelse sju till tolv månader efter födseln i jämförelse med skattning under de första sex månaderna.

### 1.10 Kvinnors förväntningar och tillfredsställelse med mödrahälsovården

Kontakt med mödrahälsovården kan vara en första kontakt med hälso- och sjukvården för både den gravida kvinnan och hennes partner (Alexander, Sandridge, Moore 1993). Upplevelsen av denna kontakt kan vara avgörande för föräldrars kommande möten med vården. Kvinnors förväntan på vården betyder hur de tror att vården kommer att vara till skillnad från subjektiv uppfattning som innebär att kvinnor skattar vården hur de vill att den ska vara. Förväntan på mödrahälsovården har tidigare studerats i Sverige i en rikstäckande kartläggning som genomfördes för 10 år sedan. Kvinnors förväntningar var en del i denna kartläggning, kvinnors upplevelse av barnafödandet (KUB). När kvinnorna i denna studie tillfrågades om

sina förväntningar på mödrahälsovården angav majoriteten (70%) att de önskade följa det rekommenderade basprogrammet (Hildingsson, et al., 2002).

Kvinnorna skattade medicinska aspekter som viktigast följt av att partnern skulle känna sig delaktig i vården och minst viktigt var att delta i föräldrautbildning (Hildingsson et al. 2002). När kvinnorna själva fick skriva ner kommentarer om vad de ansåg vara viktigt i mödrahälsovården angavs ofta önskemål om tätare kontroller i graviditetens början. Kvinnorna uttryckte även önskemål om att föräldrautbildningen även skulle omfatta omfödreskor, eftersom de önskade träffa och lära känna andra blivande föräldrar (Hildingsson & Thomas 2007). Kvinnors bedömning av vården är nära kopplade till vad de tror är möjligt att uppnå i stället för vad som kan vara det bästa alternativet (Van Teijlingen 2003a) Förväntningar och tillfredsställelse har också visat sig vara positivt korrelerade (Berentson-Shaw, Scott, Jose 2009). Det har blivit allt mer vanligt att mäta och bedöma patienttillfredsställelse i samband med barnafödandet, då kvinnor idag anses mer som konsumenter än som vårdtagare (Redshaw 2008). Det finns starka bevis på att kvinnor är mer tillfredsställda med vård som ges av barnmorskor jämfört med om vård ges av läkare (Harvey et al.2002). I en majoritet av studier framkommer att tillfredsställelse med mödrahälsovården är relaterat till bristande kommunikation mellan vårdgivare och kvinnor (Redshaw, Rowe Hockley, Brocklehurst 2007; Berg &Lundgren.2007) Det har också föreslagits att uppfyllelse av förväntningar är en av de mest betydande faktorerna för tillfredsställelse med vården (Christiaens & Bracke 2007). Att mäta tillfredsställelse med mödrahälsovården kompliceras ytterligare av det faktum att ett friskt barn kan påverka bedömningen så att negativa upplevelser av vården negligeras. Vid studier av mänskliga fenomen är det alltid viktigt att studera dessa i ett helhetsperspektiv. Begreppet patienttillfredsställelse är inget undantag. I denna avhandling har följande definition av patienttillfredsställelse använts; tillfredsställelse med vården innebär att patienten uppskattar vården hur de vill att den ska vara och upplever sig vara tillfreds med vårdkvalitén. Deras utvärdering av vården och barnmorskan har skett utifrån såväl intellektuella som känslomässiga aspekter.



## 2 PROBLEMFÖRMULERING

Gruppmödravård är en ny vårdform som existerar i Sverige, men kunskap saknas om hur denna vårdform påverkar föräldrars tillfredsställelse med vården.

Gruppmödravård har tidigare studerats i USA med resultat som stöder att denna vårdform ger en ökad tillfredsställelse hos kvinnor. Förväntningar är också sammanlänkade till tillfredsställelse med vården och kunskapen är bristfällig om huruvida kvinnors förväntningar på mödrahälsovården har ändrats över tid.

Barnmorskor har en viktig roll i den Svenska mödrahälsovården men studier saknas om barnmorskors inställning till gruppmödravård i Sverige.

### 3 SYFTE

Det övergripande syftet med avhandlingen är att undersöka kvinnors förväntningar på mödrahälsovården samt föräldrars upplevelser och barnmorskors inställning till gruppmödravård i Sverige.

Det övergripande syftet har följande specifika syften:

Delarbete I. Att undersöka föräldrars erfarenheter och upplevelser av gruppmödravård vid fyra mottagningar.

Delarbete II. Att jämföra gravida kvinnors förväntan på mödrahälsovård mellan två perioder under 10 år samt att jämföra skillnader i förväntningar mellan gravida kvinnor i grupp och individuell vård.

Delarbete III. Att jämföra kvinnors tillfredsställelse med gruppmödravård kontra individuell vård.

Delarbete IV. Att undersöka barnmorskors inställning till gruppmödravård samt tillfredsställelse med mödrahälsovårdsarbetet.

## 4 MATERIAL OCH METOD

Gruppmödravård är en ny vårdmodell som inte tidigare studerats tidigare i Sverige, vilket motiverade valet av att använda både kvalitativa och kvantitativa metoder i denna avhandling. Delarbetenas metod och material kommer att beskrivas nedan.

**Tabell 1. Översikt över alla delarbetenas material och metod**

Delarbete	Ansats	Fokus	Deltagare	Tidpunkt för datainsamling	Metod för datainsamling	Metod för analys
I	Kvalitativ	Föräldrars erfarenheter av gruppmödravård	20 kvinnor och 8 män	2007–2008	Semistrukturerad intervju i grupp eller individuellt	Innehålls- analys
II	Kvantitativ	Kvinnors förväntningar på mödrahälsovården samt jämförelse över tid	700 kvinnor i den kliniska studien och 3 061 kvinnor i äldre kohort	2008–2011 1999–2000	Frågeformulär i första trimester	Deskriptiv och jämförande statistisk
III	Kvantitativ	Jämförelse av kvinnors tillfredsställelse mellan två vårdformer	228 kvinnor i gruppmödravård och 179 kvinnor i standardvård	2008–2011	Frågeformulär sex månader efter förlossningen	Deskriptiv och jämförande statistisk
IV	Kvantitativ	Barnmorskors attityder till gruppmödravård	56 barnmorskor	2013	Strukturerad telefonintervju	Deskriptiv och jämförande statistisk. Innehålls- analys

## 4.1 DELARBETE I

*Denna kvalitativa studie baseras på föräldraintervjuer i grupp eller individuellt och innehållsanalys användes som analysmetod.*

### 4.1.4 Datainsamling

#### *Rekrytering av och inklusionskriterier för föräldrar*

I syfte att få information om vilka mottagningar som bedrev gruppmödravård i samband med planering av studien kontaktades samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige. Till delarbete I rekryterades föräldrar från fyra av de sju mottagningar som hade erfarenhet av gruppmödravård. Dessa fyra mottagningar fanns i tre olika geografiska områden och var lokaliserade i två storstäder, i en mindre stad samt i en förort till en storstad. Barnmorskorna på de fyra mottagningarna rekryterade kvinnor med partner som deltagit i gruppmödravård under det senaste året. Inklusionskriterierna för föräldrarna var att de kunde behärska det svenska språket samt att de hade erfarenhet av gruppmödravård under hela graviditeten. De inbjudna paren erhöll skriftlig och muntlig information om studien och intervjuerna. De föräldrar som gav samtycke till att delta meddelade sitt medgivande och kontaktades senare av forskargruppen.

#### *Deltagare*

I delarbete I inbjöds 34 föräldrar att delta i studien. Av dessa gav 10 pappor och 24 mammor sitt medgivande till att delta i studien, varav sex senare tackade nej till att delta. Under hösten 2007 genomfördes 5 gruppintervjuer och 11 enskilda telefonintervjuer. Antalet föräldrar som intervjuades var sammanlagt 28. Alla deltagare hade erfarenheter av gruppmödravård under det senaste året, och samtliga av de 7 omfödreskor som deltog hade också erfarenhet av individuell vård under tidigare graviditeter. Föräldrarna hade möjlighet att välja intervjumetod, antingen i grupp eller som telefonintervju. Alla pappor valde att bli intervjuade per telefon, detta på grund av svårigheter med att avsätta tid på dagen då gruppintervjuerna ägde rum på dagtid. Tre kvinnor valde att bli telefonintervjuade på grund av tidsbrist och sjukdom.

#### *Genomförande av datainsamling*

En intervjuguide användes som stöd för att fokusera på syftet med studien. Den innehöll frågor om deltagarnas erfarenheter och uppfattningar om gruppmödravård. Två personer från forskargruppen genomförde gruppintervjuerna. En av forskarna

intervjuade och den andra var observatör. Längden på intervjuerna varierade men i genomsnitt tog telefonintervjuerna 30 minuter och gruppintervjuerna 60 minuter. Förtydligande frågor ställdes för att minimera missförstånd. Intervjuerna spelades in och inspelningarna transkriberades ordagrant till text av författaren nästkommande dag. Observatörens anteckningar var ett stöd för kommande analys.

#### 4.1.2 Analysmetod

Innehållsanalys användes som analysmetod, såsom det framställs av Elo och Kyngäs (2008). Denna analys är en stegvis process för kategorisering, som grundar sig på de uttryck för känslor, tankar och handlingar som beskrivs av respondenterna. I föreliggande delarbete var ansatsen både induktiv och deduktiv (Elo & Kyngäs 2008).

Transkriptet lästes och jämfördes med de digitalt inspelade intervjuerna i syfte att kontrollera riktigheten av texten samt att fånga det innehåll som relaterades till syftet med delarbetet. Intervjutexten lästes separat av medlemmarna i forskargruppen. De meningar som tycktes fånga viktiga tankar markerades. Nästa steg var att skapa meningar, fraser som hänger samman och som baserades på innehållet, så kallade meningsbärande enheter som kodades. Koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader och sorterades in i åtta kategorier med dess underkategorier. Processen innebar att analysen rörde sig fram och tillbaka mellan text-kategorier-teman. Det slutgiltiga steget var att skapa teman utifrån de framtagna kategorierna. Under hela processen arbetade forskargruppen tillsammans för att nå samstämmighet i analysen av texten, kategorier och till slut teman. Citat valdes för att stödja beskrivning av underkategorier och kategorier.

## 4.2 DELARBETE II

*I denna tvärsnittsstudie ingår data från den kliniska kontrollerade studien (CCT) (Higgins Green 2011) och en historisk nationell kohortstudie, och analysmetoden var beskrivande och jämförande statistik.*

#### 4.2.4 Datainsamling för delarbete II och III

##### *Rekrytering av och Inklusionskriterier för barnmorskor*

Barnmorskor som arbetade inom mödrahälsovården rekryterades till delarbete II och III genom annons i Svenska barnmorskeförbundets tidskrift, Jordmodern, och

genom kontakt med samtliga samordningsbarnmorskor i Sverige.

Inklusionskriterier var följande: barnmorskorna som arbetade inom mödrahälsovården och skulle vara beredda att bli lottade till en av vårdmodellerna. Minst två barnmorskor per mottagning krävdes för deltagande i studien då båda vårdmodellerna skulle erbjudas på varje mottagning.

I delarbete II och III ingick 48 barnmorskor från 16 mottagningar. Efter lottningen avbröt 4 mottagningar studiedeltagandet. Orsaken till detta var hård arbetsbelastning och sjukdom.

De barnmorskor som visat intresse för att delta i den kliniska studien inbjöds till ett möte. Vid detta möte gavs information om studien och dess krav under studietiden. Deltagande barnmorskor blev sedan lottade till en av vårdmodellerna, antingen gruppmödravård eller standardvård.

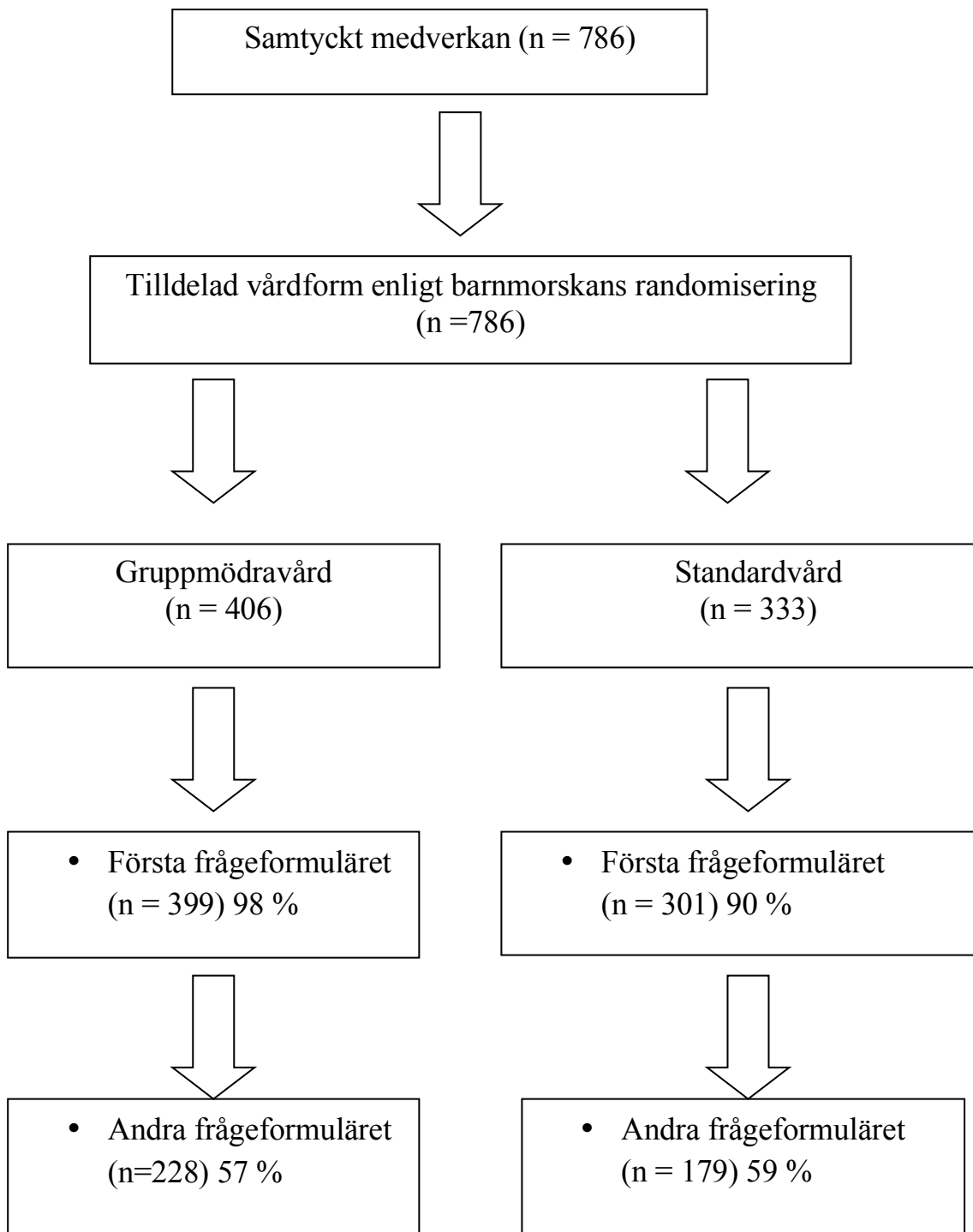
#### ***Rekrytering av och Inklusionskriterier för kvinnor***

Gravida kvinnor som kontaktade barnmorskemottagning för inskrivning informerades om studien och inbjöds att delta i en utvärdering av vården.

Kvinnorna fick både muntlig och skriftlig information. Inklusionskriterier för kvinnor var att de skulle behärska det svenska språket.

#### ***Deltagare***

Deltagarna bestod av 700 kvinnor som tilldelats vårdform från 31 barnmorskor som randomiserades till att bedriva antingen gruppmödravård eller standardvård under åren 2008-2010. Data från denna studie jämfördes med data från en historisk kohort från åren 1999-2000, en nationell undersökning om kvinnors förväntningar på mödrahälsovård som inkluderade 3 061 kvinnor.



**Figur 2. Flödesschema över deltagare i delarbete II och III.**

### *Genomförandet av datainsamling*

Ett första frågeformulär tillsammans med skriftlig information om studien lämnades ut av barnmorskorna till kvinnor av barnmorskor i samband med inskrivningsbesöket.

De kvinnor som bestämde sig för att delta i studien skickade det ifyllda frågeformuläret och kontaktuppgifter till forskargruppen, direkt eller via barnmorskan i ett förseglat kuvert.

Detta utgjorde det formella samtycket och forskarna meddelade sedan kvinnorna att frågeformuläret hade tagits emot. Kvinnorna blev sedan tilldelade en av de två vårdmodellerna enligt ett förutbestämt schema: stora mottagningar som hade många kvinnor rekryterade kvinnor efter födelsedatum (dag 1–15 till gruppmödravård respektive dag 16–31 till standardvård) och små kliniker med färre kvinnor rekryterade varannan kvinna till gruppmödravård.

#### Frågeformulär

Det första frågeformuläret i den kliniska studien samt i den historiska kohortstudien innehöll följande frågor:

- Bakgrundsfrågor såsom ålder, paritet, civilstatus, födelseland, utbildningsnivå, upplevd ekonomi (ej i den nationella kohorten), tobaksanvändning, kronisk sjukdom samt planerad/oplanerad graviditet (delarbete II och III).
- Oro under graviditeten skattades med Cambridge Worry Scale (Statham, Green, Kafetsios 1997) som mäter oro under graviditeten med anknytning till arbete, ekonomi, relationer, hälsa, graviditet, förlossning och tidigt föräldraskap, sjukhusinläggning och risk för missfall. Skalan innehåller 16 påståenden och svaren ges på en sexgradig skala från 0 (inga problem alls) till 5 (mycket stark oro), varav 4 och 5 bedöms som stark oro. Svaren dikotomiserades till värdena ”stark oro” kontra alla andra alternativ (Öhman, Grunewald, Waldenström 2003).
- Kvinnors depressiva symtom identifierades med hjälp av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), (Cox & Holden 2003). EPDS innehåller tio självskattningsfrågor om upplevda känslor under den senaste



veckan. Frågorna är formulerade som påståenden och har fyra olika svarsalternativ (0-3). Frågorna berör områden som nedstämdhet, oro, rädsla, förlust av intresse, skuld känslor, svårigheter att klara dagligt liv, sömn och tankar på att skada sig själv. Höga poäng tyder på symptom på depression och anges som ett gränsvärde på 12 av 30 poäng, enligt forskare som utvärderat skalan under graviditeten (Rubertsson et al. 2011).

- Frågor om förväntningar på mödrahälsovården bestod av 12 frågor som bedömdes på en femgradig Likertskala, med svarsalternativ från ”inte alls viktigt” (1) till ”mycket viktigt” (5). Kvinnorna ombads markera sin åsikt på skalan. Svaren dikotomiserades till värdena ”mycket viktigt” jämfört med alla andra alternativ (Hildingsson et al. 2002).

#### 4.2.2 Analysmetoder

Beskrivande statistik användes för att presentera resultat angående de kvinnor som ingick i den kliniska studien och som senare tilldelades antingen gruppmödravård eller individuell standardvård samt för den historiska nationella kohortstudien (Hildingsson et al. 2002). Medelvärde presenterades som centralmått och standardavvikelser som spridningsmått samt frekvenser med procentsatser. Chi2test användes för att beräkna skillnader i proportioner mellan kvinnors förväntningar. T-test användes för att beräkna statistiska skillnader i medelvärde mellan kvinnor som tilldelas gruppmödravård och standardvård och i jämförelse med kohortstudien. Oddskvoter med 95 procent konfidensintervall användes för att studera associationer mellan de två grupperna och analyserna justerades för paritet och utbildningsnivå.

Alla analyser baseras på en signifikansnivå av 0,05 procent och genomfördes med IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19 och 20.

### 4.3 DELARBETE III

*Detta delarbete utgår från data från den kliniska kontrollerade studien (CCT) och analysmetoden var beskrivande och jämförande statistik.*

#### 4.3.1 Intervention och datainsamling

*Rekrytering av och Inklusionskriterier för barnmorskor och kvinnor*

Inklusionskriterier har tidigare beskrivits i delarbete II.

### *Deltagare*

I studien deltog 31 barnmorskor från 12 mottagningar som rekryterade 786 kvinnor år 2008–2010. Av de 700 kvinnor som besvarade det första frågeformuläret besvarades det andra frågeformuläret av 228 inom gruppmödravården respektive 179 inom standardvården.

### *Intervention*

Ett studieprotokoll upprättades innan studien startade och följdes under hela studietiden. Barnmorskor som blev lottade till gruppmödravård inbjöds till två möten under studietiden. Vid ett av dessa möten hölls en workshop av forskargruppen för att introducera och vägleda barnmorskorna i arbetet med denna vårdmodell. För att säkerställa att föräldrar i denna grupp fick likartad vård arbetade barnmorskorna i gruppmödravård efter en manual. Manualen utvecklades utifrån resultat från delarbete I samt hur gruppmödravården var organiserad i Sverige vid denna tidpunkt (Rissanen 2007; Wedin 2010). Denna manual låg också till grund för det schema som senare delades ut till gruppmödravårdens föräldrapar.

Interventionen startade vid kvinnans andra mödrahälsovårdsbesök kring graviditetsvecka 20–24. Vid detta gruppstillfälle kom även gruppernas deltagare överens om att sekretess skulle råda i gruppen. Grupperna bestod av cirka 6 kvinnor och deras partner samt en barnmorska. Skillnaden i kvinnornas gestationsålder var högst en månad och gruppens sammansättning var oförändrad under vårdtiden. Varje besök innefattade två timmar och inleddes med en timmes information och diskussion enligt manualen. Varje tillfälle inkluderade också en individuell hälsoundersökning med barnmorska. Barnmorskorna i GV uppmuntrades också att beskriva all verksamhet som inte följdes enligt manualen. Båda vårdformerna styrdes av nationella riktlinjer och i standardvården träffade föräldrarna samma barnmorska enskilt vid varje besök. Alla förstföderskor i standardvården erbjöds föräldrautbildning i någon form, vilket är praxis i Sverige. SV var inte manualbaserad och skiljer sig åt i fråga om hur mycket tid som avsätts till olika ämnen i samtalen. Alla deltagande barnmorskor hade också möjlighet till support från forskargruppen under hela studien.

### *Genomförandet av datainsamling*

Det första frågeformuläret som användes har tidigare beskrivits i delarbete II. Uppföljande frågeformulär skickades ut sex månader efter förlossning. Studiedeltagarna kunde välja hur de ville besvara frågeformuläret, antingen i pappersformat eller på internet. Till de studiedeltagare som hade önskemål om att

besvara det internetbaserade frågeformuläret mejlades en kod och webbadress till frågeformuläret. Vid obesvarat frågeformulär skickades en påminnelse efter två veckor och en andra påminnelse efter ytterligare två veckor.

Innehåll i det uppföljande frågeformuläret:

- Frågor om tillfredsställelse med vårdens innehåll bedömdes utifrån två dimensioner; dels kvinnans upplevelse av olika aspekter av den givna vården, dels hur viktiga dessa aspekter var för kvinnan. Ett exempel på hur frågorna ställdes:

a) Så här var det för mig	Instämmer helt <input type="checkbox"/>	Instämmer till stor del <input type="checkbox"/>	Instämmer delvis <input type="checkbox"/>	Instämmer inte alls <input type="checkbox"/>	Inte aktuellt <input type="checkbox"/>
b) Så här viktigt var det för mig	Av allra största betydelse <input type="checkbox"/>	Av stor betydelse <input type="checkbox"/>	Av ganska stor betydelse <input type="checkbox"/>	Av liten eller ingen betydelse <input type="checkbox"/>	Inte aktuellt <input type="checkbox"/>

På basis av en persons poäng av bedömningen av upplevelsen av given vård och betydelsen av den vård som gavs beräknades ett personligt kvalitetsindex. Resultat av åtgärdsindexet kan anta tre värden: bristande kvalitet, balans och övergod kvalitet. Ett åtgärdsindex som beräknas på grupp nivå identifierar frågor som kan vara angelägna områden för kvalitetsarbete. Fokus bör vara på de frågor där > 20 procent av patienterna uppger bristfällig vård. Bristfällig vård är då patienten uppfattar påståenden som betydelsefulla men den upplevda vården bedömdes vara av sämre kvalitet (Wilde Larsson et al. 2002). I analysen dikotomiserades svaren till bristande kvalitet = 1 och balanserad samt övergod vård = 0.

- Vidare innehöll frågeformuläret en övergripande bedömning av tillfredsställelse med mödrahälsovården samt frågor om socialt umgänge med andra föräldrar, amning och föräldraförberedelse. I analysen

dikotomiserades svaren till 1 = mycket tillfredställande och tillfredställande, 0 = varken eller, mindre tillfredställande och inte tillfredställande.

#### 4.3.2 Analysmetoder

##### *Statistiska analyser*

Dataanalyser genomfördes med hjälp av programvaran IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 19 och 20. Analyser utfördes utifrån hur kvinnorna hade blivit tilldelade vård av barnmorskorna ("Intention to treat"). Deskriptiv statistik användes för att beskriva bakgrundsdata angående deltagare i delarbete III. Detta presenteras som medelvärden, antal och procentsatser. För att göra en jämförelse mellan kvinnors tillfredställelse med vården i de båda vårdformerna användes "Student's t-test" för kontinuerliga data och Chi2test för kategoridata. Ojusterade och justerade oddskvoter för paritet och utbildningsnivå med 95 procent konfidensintervall användes för studera associationer mellan kvinnor i gruppmodravård och standardvård och deras bakgrundsdata (Pallant 2011). En statistisk signifikansnivå på 5 procent valdes i alla analyser och reliabilitetstest av frågorna om mödrahälsovårdens innehåll bedömdes med Cronbach Alfa-koefficienten, som mäter i vilken grad de olika frågorna i en skala mäter samma egenskap.

##### *Powerberäkning*

Styrkan av en studie är ett mått på sannolikheten att studien ska påvisa en effekt. Powerberäkningen uppskattar storleken på studiedeltagarna och för att få tillräcklig statistisk säkerhet och styrka. En beräkning baserades på en åttaprocentig skillnad i det primära utfallet, tillfredställelse med vården som utgick från resultat från den nationell kohortstudie kvinnors upplevelse av barnafödande (KUB) (Hildingsson et al. 2005). Denna studie visade att 87 procent av kvinnorna var tillfredsställda med vården. Ett tvåsidigt test med en effekt på 0,80 och en signifikansnivå på 5 procent visade att 400 kvinnor behövdes rekryteras till studien, 200 kvinnor i varje vårdmodell (Kelsey 1996)

#### 4.4 DELARBETE IV

*I detta delarbete ingår kvantitativa och kvalitativa data som analyserats med två kvantitativa metoder.*

##### 4.4.1 Datainsamling

###### *Rekrytering och inklusionskriterier av barnmorskor*

Information om studien gavs till samordningsbarnmorskor och enhetschefer som sedan vidarebefordrade information till barnmorskor i sitt område.

Samordningsbarnmorskorna gav forskargruppen 205 kontaktuppgifter till barnmorskor.

Det fanns 182 barnmorskor som gav samtycke till att delta och av dessa svarade inte 90 barnmorskor i telefon på den bokade tiden och 36 ångrade sitt deltagande. De som fanns kvar var 56 barnmorskor som svarade på inbjudan och intervjuades. Forskargruppen kontaktade sedan dessa barnmorskor för att ge ytterligare information samt boka tid för en intervju. Inklusionskriterierna var endast att barnmorskorna skulle vara villiga att bli telefonintervjuade samt villiga att delta i studien.

###### *Deltagare*

Rekrytering skedde från 52 barnmorskemottagningar från olika geografiska områden i Sverige och 56 barnmorskor kom att ingå i studien.

###### *Genomförandet av datainsamling*

Telefonintervjuerna tog cirka 15 minuter i anspråk och en strukturerad frågeguide följdes. Denna strukturerade intervju innehöll 20 slutna frågor med möjlighet att kommentera svaren. En assistent till forskargruppen och en medlem i forskargruppen genomförde intervjuerna. Texten från kommentarer i intervjuerna transkriberades efter varje intervju och svar från de slutna frågorna infördes i dataprogramvaran IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 20.

##### 4.4.2 Analysmetoder

I detta delarbete användes en kombinerad analysmetod (Creswell, Fetters, Ivankova 2004), som bestod av kvantitativ innehållsanalys (Berelson 1954) samt beskrivande och jämförande statistik.

### *Statistiska metoder*

Beskrivande statistik och Chi<sup>2</sup>test användes i analysen av de slutna frågorna (Machin, Campbell, Walters 2007).

### *Kvantitativ innehållsanalys*

Kvantitativ innehållsanalys utfördes av datamaterial från kommentarer till frågan om barnmorskors inställning till att arbeta med gruppmödravård.

I innehållsanslysens första steg lästes hela texten igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten. Meningar och fraser som innehöll information relevant för frågeställningen plockades ut. Omgivande text behölls dock så att sammanhanget kvarstod. Sedan komprimerades texten från kommentarerna i syfte att korta ner texten men att ändå behålla innehållet. Den komprimerade texten kodades och inordnades i kategorier.

Kategorierna kunde innehålla flera koder men ingen kod fanns i flera kategorier.

Nästa steg var att övriga personer i forskargruppen jämförde alla kategorier med textmaterialet. Forskargruppen diskuterade kategorier och texter tills samstämmighet uppstod. Kommentarer i respektive kategori räknades och slutligen skapades teman utifrån de bestämda kategorierna.

## **5 ETISKA ASPEKTER ANGÅENDE DELARBETENA**

Enligt Helsingforsdeklarationens riktlinjer krävs det att forskningen anammar grundläggande principer för etik, vilket medför speciella åtaganden gentemot individer och populationen. Detta gäller inte bara studiedeltagare utan också andra människor vars hälsa kan bevaras eller förbättras genom att resultaten tillämpas. I denna avhandling har man tagit hänsyn till detta och att forskningen ska ha en nyttoeffekt på hela populationen.

Den kliniska studien är registrerad vid Karolinska Institutets kliniska prövningsregistrering: Id, KCTR CT20120059 och ClinicalTrials.gov, Id: NCT01224275. Etiskt godkännande av delstudie I, II och III har getts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm vid Karolinska Institutet, diarienummer: 2007/553 och ytterligare ett godkännande för delstudie IV diarienummer: 2013/1597.

Ett medgivande av fri vilja hämtades från undersökningsdeltagare och de informerades om sin rätt att dra sig ur studien utan att deras vård påverkades.

Delarbete II och III registrerades på Karolinska Institutets register för frågeformulär,

registreringsnummer: 7011/10-631. Alla frågeformulär i delarbeten II och III aidentifierades samt namngavs med en kod.

## 6 RESULTAT

### 6.1 RESULTAT AV DE FYRA I AVHANDLINGEN INGÅENDE DELARBETENA

På en övergripande fråga om tillfredställelse med vården respektive arbetstillfredsställelse, angav både kvinnorna (oavsett vårdform) och barnmorskorna hög tillfredställelse med mödrahälsovården. När frågor om innehållet ställdes specificerat angav kvinnorna att hälften av områdena inom mödrahälsovården var bristfälliga, oavsett vårdform. Kvinnorna som deltog i gruppmödravården (GV) var mer tillfredsställda med majoriteten av de olika delarna i informationsgivningen jämfört med kvinnor i standardvården (SV). Vidare rapporterade kvinnorna i GV högre tillfredställelse angående barnmorskans engagemang, att bli tagen på allvar och att det fanns tid för att planera sin förlossning med barnmorskan. Kvinnor i GV uppskattade i större utsträckning att vården bidragit till kontakter med andra föräldrar samt stöd i att initiera amning. Föräldrarna och barnmorskorna hade olika åsikter om vilka kvinnor som kunde vara lämpliga att erbjudas GV. Barnmorskorna ansåg att högutbildade kvinnor och utlandsfödda inte var lämpliga, medan föräldrarna ansåg att denna vårdform kunde passa alla. Mer än hälften av barnmorskor visade ett intresse för att starta med gruppmödravård men hade tankar om organisatoriska hinder att införa GV. Föräldrarna uttryckte att gruppen normaliserade tankar och upplevelser, men blev besvikna när barnmorskan inte uppmuntrade pappans delaktighet. Kvinnornas förväntningar om vårdens innehåll har förändrats under en 10-årsperiod. Kvinnor har högre förväntningar på information, respektfullt bemötande och att partnern blir engagerad i vården än för tio år sedan. Få skillnader identifierades i kvinnornas förväntningar mellan gruppmödravård och standardvård.



## 6.2 DELARBETE I

I delarbete I intervjuades 28 föräldrar, sex månader efter förlossningen, om sina erfarenheter och upplevelser av GV i Sverige. Majoriteten av föräldrarna var födda i Sverige, men fyra kvinnor var födda i andra länder (Finland, Turkiet, Irak och Tunisien). Samtliga deltagare behärskade det svenska språket. Dubbelt så många förstföderskor som omföderskor deltog i studien.

**Tabell 2. Studiedeltagare i delarbete I.**

Mottagning	I	II	III	IV	Alla
Antal kvinnor intervjuade i grupp	2	9	2	4	17
Antal kvinnor intervjuade individuellt			3		3
Antal män intervjuade individuellt		4	2	2	8
Totalt antal intervjuer	2	13	7	6	28

Tre teman framkom i textanalysen av de transkriberade intervjuerna: *Vården – att kombinera individuella fysiska behov med föräldraförberedelse*, *Gruppen – en sammansättning av vårdtagare* och *Barnmorskan – en professionell ledare*.

Temat *Vården – att kombinera individuella fysiska behov med föräldraförberedelse*, innefattar vårdens sammanhang, organisation och innehåll. GV med inbyggd föräldrautbildning var uppskattad, men föräldrarna uppgav att de kände sig oförberedda inför de första veckorna efter barnets födelse. Kvinnornas medicinska behov, såsom hälsokontroller, var de dock tillfredsställda med. I intervjuerna beskrev föräldrarna att de fick tillgång till vården snabbare än vad de skulle ha fått enligt den individuella modellen för vård. Ett vanligt yttrande från föräldrarna var att barnmorskans sätt att presentera vårdmodellen gjorde dem nyfikna på den samt intresserade av att kunna lära känna andra föräldrar. Föräldrarna uttryckte också att de uppskattade kontinuiteten i den bemärkelsen att gruppmedlemmarna var desamma och att det förutbestämda innehållet vid varje grupptillfälle följdes. De flesta pappor uttryckte besvikelse över att gruppmötena hade samma medicinska

fokus som de enskilda besöken. De förväntade sig att barnmorskan skulle lägga upp en annan strategi i gruppmötena, med mindre fokus på medicinska frågor och mer på föräldrarnas perspektiv.

Temat *Gruppen – en sammansättning av vårdtagare*, visade deltagarnas roller och erfarenheter i gruppen. Föräldrarna kunde vara passiva mottagare som kände sig bekväma med att lyssna på andra, speciellt när andra föräldrar tog upp frågor som liknade deras egna och som de kände att de själva inte kunde uttrycka.

Analysen visade att föräldrarna såg sig som aktiva deltagare och betonade att diskussionerna var mer upplivade under den sista timmen, då barnmorskan inte var närvarande i rummet. Det fanns dock mammor som upplevde ett tvång att tala.

Deltagarna beskrev tydligt att delaktighet innebar att öppet kunna diskutera förväntningar, farhågor och erfarenheter. Detta nämndes dock oftare av kvinnorna än männen. Både pappor och mammor uttryckte att delaktighet i gruppen gav dem styrka och självförtroende, då det fick dem att känna sig normala. Gruppen hjälpte kvinnorna att normalisera sina symptom och för männen hjälpte gruppen till att minska deras oro när de fick dela med sig av sina tankar.

Temat *Barnmorskan – en professionell ledare* visade att barnmorskorna inte involverade pappan i diskussionerna i den utsträckning som föräldrarna önskade men att de uppskattades för sina medicinska kunskaper.

De flesta föräldrar ansåg att deras barnmorskor alltför sällan fokuserade på den blivande pappan, både i gruppmöten och vid enskilda besök.

Barnmorskan angav tidsplanen och uppmuntrade eller ignorerade aktiviteten i gruppen. Några föräldrar noterade att barnmorskan antog en didaktisk pedagogisk stil i grupperna. De flesta föräldrar ansåg att varje barnmorska bör ha de färdigheter som krävs för att leda gruppbaserad mödravård. Föräldrarna ansåg att barnmorskorna behövde få mer kompetens och/eller utbildning för att leda grupper. Många pappor uttryckte en önskan om att barnmorskorna skulle vara bättre förberedda inför gruppmötena.

Föräldrarna rekommenderade att GV skulle erbjudas alla gravida kvinnor och önskade denna vårdform även vid nästkommande graviditet.

**Tabell 3. Översikt över kvinnornas karakteristika i delarbete II och III**

	<b>Gruppmödravård</b>	<b>Standardvård</b>	
	n=399 n (%)	n=301 n (%)	p- värde
<b>Medelålder</b>	29.7 (19-44)	29.5 (17-44)	0.507
<b>Förstföderskor</b>	292 (73.6)	169 (57.3)	<0.000
<b>Gifta/ Sammanboende</b>	377 (95.0)	284 (94.4)	0.722
<b>Födda i Sverige</b>	359 (91.6)	276 (92.6)	0.619
<b>Högskoleutbildning</b>	235 (60.3)	146 (49.2)	0.004
<b>Mycket god ekonomi</b>	299 (72.9)	215 (76.7)	0.257
<b>Tobaksanvändning</b>	29 (4.4)	13 (7.4)	0.106
<b>Kronisk sjukdom</b>	56 (14.2)	30 (10.1)	0.097
<b>Planerad graviditet</b>	378 (97.4)	289 (97.6)	0.860

## 6.2 DELARBETE II

Förväntningarna på mödrahälsovårdens innehåll ingick i frågeformulär som besvarades av 700 gravida kvinnor (i första trimestern) i en klinisk kontrollerad studie under åren 2008-2010 samt även i den historiska nationella kohortstudien från 1999-2000, där 3061 kvinnor besvarade liknande frågor om förväntningar.

### 6.2.4 Kvinnor i den kliniska kontrollerade studien

Kvinnor i den kliniska studien bestod av majoritet förstföderskor i åldern 25-35 år. Merparten bodde tillsammans med sin partner och var födda i Sverige. Drygt hälften hade universitetsutbildning och få använde tobak.

Det var 11% av kvinnorna i kliniska studien som skattade 12 eller mer på EPDS-skalan (11%). Cirka 30 % skattade stark oro för att något skulle vara fel med barnet samt risken för missfall och 23 % rapporterade stark oro inför förlossningen.

Majoriteten önskade följa det rekommenderade antalet besök och ansåg att det var viktigt att ha samma barnmorska under hela graviditeten.

Andra viktiga aspekter som angavs i den kliniska studien var att bli behandlad med respekt (74,6 %) och att bemötandet skulle vara sådant att partnern kände sig involverad i vården (69,5 %). Minst viktigt var att kunna delta i föräldrautbildning (24,9 %) och att få uppmärksamhet på det emotionella välbefinnandet (22,6 %).

I den kliniska studien skattade förstföderskorna vissa aspekter högre jämfört med omföderskorna, såsom alla aspekter av information ( $p < 0.001$ ), barnets hälsa ( $p < 0.001$ ), involvering av partner ( $p < 0.001$ ), förberedelse inför födelsen ( $p < 0.001$ ) och att delta i föräldrautbildning ( $p < 0.001$ ).

De kvinnor som senare blev tilldelade GV bestod av fler förstföderskor och fler med högskoleutbildning, jämfört med de kvinnor som senare kom att tilldelas SV. Vid en jämförelse mellan kvinnor som senare fick GV respektive SV fanns vissa skillnader i medelvärdet för förväntningar. Kvinnor som senare blev tilldelade GV hade högre förväntningar när det gällde information om amning (4.16, SD 1.03/ 3.98 SD 1.14) och vikten av att delta i föräldrautbildning (3.74 SD 1.03/ 3.29, SD 1.33)

### 6.2.5 Jämförelse mellan kvinnor i den kliniska studien och den nationella kohortstudien

Kvinnorna i den kliniska studien kände större oro kring finansiella frågor och arbetsrelaterade bekymmer samt större oro för missfall, jämfört med kvinnorna i studien tio år tidigare. I den nationella kohorten rapporterade fler kvinnor oro för den egna hälsan och relationen med partnern, jämfört med den kliniska studien. Det fanns också skillnader i socioekonomisk bakgrundsdata; kvinnor i den kliniska studien bestod av fler förstföderskor, fler kvinnor med universitetsutbildning och färre tobaksanvändare. Vid en jämförelse av förväntningar mellan de två grupperna påträffades statistiskt signifikanta skillnader. Analysen visade lägre förväntningar i den kliniska studien när det gällde hälsorelaterade aspekter, både medicinska och känslomässiga, samt vikten av att få delta i en föräldrautbildning. Kvinnorna i den kliniska studien hade högre förväntningar när det gällde informationsrelaterade aspekter, respektfullt bemötande och att partnern engagerades i vården. Vid rangordning av mödrahälsovårdens innehåll skattades kontrollen av kvinnans och barnets hälsa högst i både den kliniska studien och nationella kohorten.

### 6.3 DELARBETE III

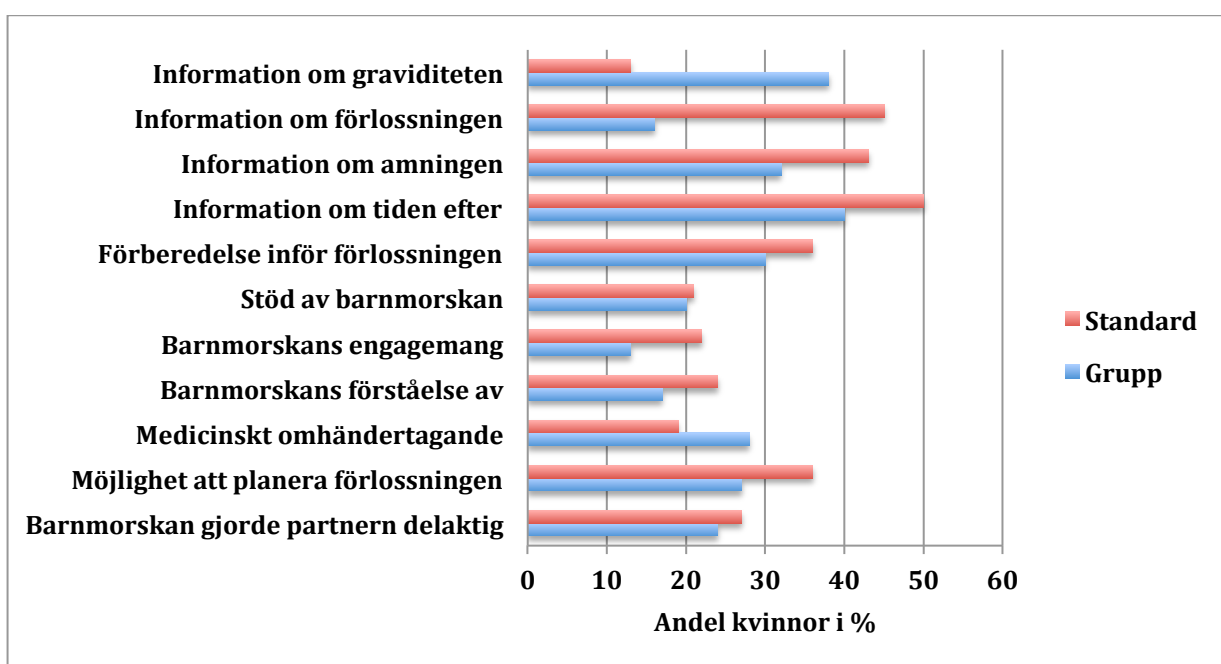
Barnmorskorna i den kliniska studien blev randomiserade till att bedriva antingen GV (n = 16) eller SV (n = 15). De rekryterade 786 kvinnor, varav 700 besvarade frågeformuläret i tidig graviditet. Uppföljande frågeformulär besvarades sex månader efter förlossningen av 228 kvinnor inom GV respektive 179 kvinnor inom SV. Bortfallet var större bland tobaksanvändande kvinnor (p 0.047), utlandsfödda kvinnor (p 0.003) och kvinnor utan högskoleutbildning (p 0.000). Bortfallsstorleken var densamma i de bägge grupperna.

Barnmorskorna som deltog i studien hade en medelålder på 50,1 år i GV-gruppen och 48,9 år i SV-gruppen. De hade arbetat som barnmorskor i genomsnitt 22 respektive 18 år, varav 13,4 respektive 8,5 år inom mödrahälsovården. Två barnmorskor hade erfarenhet av GV sedan tidigare, en barnmorska i respektive studiegrupp.

De bakgrundsvariabler som insamlades i det första frågeformuläret, vid första besöket på mödrahälsovården, visade två signifikanta skillnader mellan kvinnorna i vårdmodellerna. GV hade en dominans av förstföderskor (< 0.000) och kvinnor

med universitetsexamen ( $< 0.000$ ) jämfört med SV. Det fanns skillnader i antalet vårdbesök mellan kvinnorna i GV och SV. Kvinnorna i GV hade fler besök hos barnmorskan men färre läkarbesök jämfört med kvinnorna i SV. I det uppföljande frågeformuläret ombads kvinnorna skatta den givna vården och samtidigt ange vikten av den erhållna vården ur olika aspekter. Nedan följer resultatet av ett skapat index mellan den upplevda faktiska vården och kvinnornas skattning av hur viktig den erhållna vården var. Resultatet fokuserar på brister inom vårdens olika områden.

**Tabell 4. Andel kvinnor i respektive vårdform som betraktade respektive vårdområde som bristfälligt.**



Kvinnorna i GV upplevde mer brister i informationen om graviditeten (OR 3.45; 95 % CI 2.03 -5.85) jämfört med kvinnorna i SV. Dock upplevde de färre brister i informationen om förlossningen (OR 0.16; 0.10–0.27), informationen om amning (OR 0.58; 0.37–0.90) och informationen om tiden efter förlossningen (OR 0.61; 0.40–0.94). Kvinnorna i GV upplevde också lägre brister när det gällde engagemang från barnmorskorna (OR 0.44; 0.25 -0.78) och gällande att bli tagna på allvar (OR 0.55; 0,31 -0.98) än kvinnorna i SV. Kvinnorna i GV rapporterade i mindre grad brister i möjligheten att få tid att planera förlossningen (OR 0.61; 0.39–0.96) jämfört med kvinnorna i SV.

När kvinnorna tillfrågades om det globala innehållet, uppgav kvinnorna i GV i högre grad tillfredsställelse med att vården hade bidragit till att stödja kontakt med andra föräldrar (OR 3.86; 2.30–6.46). De rapporterade också större tillfredsställelse med stödet för att initiera amning (OR 1.75; 1.02–2.88) jämfört med kvinnorna i SV.

Det fanns ingen skillnad mellan grupperna i den övergripande tillfredsställelsen med mödrahälsovården.

Oberoende av vårdform upplevde > 20 procent av kvinnorna brister i informationen om amning, tiden efter förlossningen och förlossningsförberedelse samt i stödet från barnmorskan, möjligheterna att planera förlossningen och barnmorskans involvering av partnern. Totalt rapporterades 8 av 16 variabler i GV respektive 9 av 16 variabler i SV som bristfälliga.

#### 6.4 DELARBETE IV

I delarbete IV intervjuades 56 barnmorskor vid 52 barnmorskemottagningar i Sverige om sin inställning till GV samt tillfredsställelsen med sitt arbete.

Barnmorskorna var alla kvinnor och hade en genomsnittsålder på 53,3 år och hade arbetat i genomsnitt 23 år som barnmorska, varav 13 år inom mödrahälsovården.

Resultatet visar att 80 procent av barnmorskorna var nöjda med sitt arbete inom mödrahälsovården men hade reservationer angående tidsbrist och otillfredsställelse med föräldragrupper. Drygt hälften (55,4 procent) av barnmorskorna uttryckte intresse att börja med GV.

De barnmorskor som arbetade i storstäder rapporterade störst missnöje med sitt arbete och visade samtidigt störst intresse att börja med GV jämfört med övriga barnmorskor. Av de 56 inkluderade barnmorskorna var det 48 som kommenterade frågan om de önskade att prova på att arbeta med GV. Två teman utkristalliserades utifrån innehållsanalysen *Fördelar och nackdelar med gruppmödravård för föräldrar och barnmorskor utifrån barnmorskors perspektiv och Barnmorskors attityder samt arbetsrelaterade förhållanden för att börja med gruppmödravård.*

**Tabell 5. Tema och kategorier**

Fördelar och nackdelar med gruppmödravård för föräldrar och barnmorskor utifrån barnmorskors perspektiv				
Fördelar för barnmorskorna själva (8)	Fördelar för föräldrar i jämförelse med standardvård (10)	Vikten av det individuella mötet för föräldrar och barnmorska (6)	Föräldrars lämplighet för gruppmödravård (6)	Barnmorskors bekymmer och oro inför att börja med gruppmödravård (7)

(n) = antal barnmorskor som inkluderas i respektive kategori

De kategorier som hade flest kommentarer var ”Fördelar för föräldrar i jämförelse med standardvård”, vilket innebär att barnmorskorna såg fördelar med GV, i form av en mer jämlik vård, ett ökat kontaktnät för föräldrarna och ökad kunskap. Ett citat som exemplifierar detta är *”Likt föräldragrupper, någon frågar något som de andra föräldrarna inte hade tänkt på att fråga”*.

**Tabell 6. Tema och kategorier**

Barnmorskornas attityder samt arbetsrelaterade förhållanden för att börja med gruppmödravård			
Motstånd mot att introducera gruppmödravård (10)	Intresse för gruppmödravård (6)	Omständigheter och motstånd på mottagningen (4)	Motstånd i arbetsgruppen (4)

(n) = antal barnmorskor som inkluderas i respektive kategori

Den kategori som hade flest kommentarer var ”Motstånd mot att introducera gruppmödravård”. Barnmorskorna uttryckte ett svagt intresse eller en brist på tid för att vilja prova något nytt. Motstånd kunde också handla om att det individuella mötet ansågs mycket viktigt och värt att värna om. Barnmorskorna uttryckte också starka åsikter om olika kvinnors lämplighet för modellen. En barnmorska uttryckte detta på följande sätt: *”Jag uppfattar att mammor som inte är uppvuxna här inte är förberedda på att det finns grupper inom mödrahälsovården och de frågar varför de ska gå i grupp. Det kanske är kulturellt betingat.”*



## 7 DISKUSSION

### 7.1 RESULTATDISKUSSION

Denna avhandling har strävat efter att besvara frågor om förväntningar på mödrahälsovården och tillfredsställelse med gruppmödravård ur föräldrars synvinkel, med fokus på kvinnor, samt barnmorskors inställning till gruppmödravård.

Resultaten kommer att diskuteras utifrån föräldrars perspektiv samt mödrahälsovårdens innehåll.

#### 7.1.1. Föräldrars övergripande tillfredsställelse med mödrahälsovården

Delarbete III visade ingen signifikant skillnad mellan kvinnornas skattning av generell tillfredsställelse mellan vårdformerna. Majoriteten av kvinnor skattade vården som högt tillfredsställande oavsett vårdform. Avhandlingens resultat stärker inte tidigare forskning från USA som visade att kvinnorna var mer tillfredsställda med gruppmödravård jämfört med individuell standardvård (Kennedy et al. 2011; Ickovics et al. 2007). En översiktsartikel om gruppmödravård från USA, där två RCT ingick, visade att kvinnor var fem gånger mer tillfredsställda med gruppvården jämfört med standardvården (Homer et al 2012). I detta sammanhang måste man beakta hur standardvården bedrivs i USA, där standardvården inte inkluderar generell föräldrastöd och är förknippat med långa väntetider i samband med besöket. Det är också vanligare att kvinnor endast har besök hos läkare under graviditeten. Det finns följaktligen en stor organisatorisk skillnad i standardvården mellan Sverige och USA (där majoriteten av gruppmödravårdsforskningen görs) Detta får till följd att jämförelse av forskningsresultat från dessa två länder ska göras med försiktighet. Det har dock diskuteras att det är viktigt att göra jämförande studier mellan länder och olika kulturer som kan generera ny kunskap och leda till nya infallsvinklar på den vård man bedriver i de olika länderna (Van Teijlingen 2003b).

Enligt denna avhandling uttrycker emellertid föräldrar som upplevt GV i delarbete I att deras upplevelse generellt är mycket positiv och att de önskar denna vårdform i händelse av en ny graviditet. Resultat från delarbete I och III sammantaget förstärker att denna vårdform inte minskar föräldrars tillfredsställelse med vården.

### 7.1.2 Blivande pappan och partnern i mödrahälsovården

Barnmorskans sätt att engagera partnern i vården var bristfälligt enligt kvinnor och män i delarbete I och de reagerade på att barnmorskan inte var medveten om detta perspektiv i gruppen. Både kvinnor och män ansåg att barnmorskorna inriktade sig på kvinnorna i gruppen och omedvetet valde att inte ta med ett manligt perspektiv. Resultat från delarbete I stöder resultatet från delstudie III där kvinnor rapporterade att göra partnern delaktig i vården skattades som mycket otillfredsställande av oavsett vårdform. Att mannen blir negligerad i vården stöds av tidigare studier (Olsson et al.1996; Premberg, Lundgren 2006; Ellberg, Högberg, Lindh 2010).

Det som är tydligt i föreliggande delarbeten (I, II, III) är att både kvinnan och mannen önskar att blivande pappan görs mer delaktig i vården. Det visade sig att förväntningarna på att partnern ska bli engagerad i vården var högre än för tio år sedan (II). Det finns en viktig anledning till att förbättra pappans delaktighet då forskning visar att detta kan leda till att pappan får bättre kontakt med sitt barn, vilket i sin tur kan leda till en bättre hälsa hos mamman och barnet samt ett mer jämlikt föräldraskap efter förlossningen (Ninio & Rinott 1988; Teitler 2001). Det har tidigare påpekats i anvisningar från Socialstyrelsen att barnmorskans arbete ska omfatta hela familjen. Att engagera partnern i vården kan också bidra till barnmorskan bidrar till ett jämställt föräldraskap.

### 7.1.3 Organisatoriska aspekter på gruppmodravård och standardvården

I delarbete IV föreställde sig barnmorskorna att det fanns organisatoriska hinder att införa GV. Barnmorskorna såg hinder i att inte lämpliga lokaler fanns tillgängliga och att det behövs stöd från medarbetare och närmaste chef för att kunna införa en ny vårdmodell. Det stämmer väl överens med studier om implementering av gruppmodeller inom mödrahälsovården (Gaudion et al 2010; Baldwin 2011; Teate, Leap, Homer 2013; Rissanen 2010). Barnmorskor i dessa studier identifierade organisatoriska problem för implementeringen såsom problem med schemaläggning, lokaler och stöd från närmaste chefer. Barnmorskorna ansåg samtidigt att arbetet i gruppen var en spännande utmaning och att föräldrarna fick ett ökat inflytande över vården. Denna forskning ger också förslag som kan komma till användning vid framtida studier om implementering av gruppmodeller. Barnmorskorna föreslog att de behövde nya färdigheter och kompletterande

utbildning för att arbeta med GV. Grundaren av CenteringPregnancy© har påpekat att det kan ta två till fyra år från planering till godtagbar implementering. Rising har även påpekat att all personal på mottagningen måste vara redo för förändring samt att vara involverade i förändringsarbetet (Samtal med Sharon Schindler Rising 2011).

Det har också föreslagits att det finns en tidsvinst med CenteringPregnancy©, eftersom denna modell innebär mer tid för kvinnorna och en tidsbesparing för vårdgivarna (Rising 1998; Homer et al. 2012). Detta har även påpekats i en studie om GV i Sverige. I denna studie räknade författarna ut att barnmorskan sparar cirka tre timmar per gravid kvinna i jämförelse med SV och att föräldrar får mycket mer tid med sin barnmorska (Wedin et al. 2010). Detta kan innebära att föräldrar som önskar mer tid kan uppskatta denna vårdform, men däremot kan vissa föräldrar betrakta denna vårdform som mer tidskrävande.

### *Antal Besök och Kontinuitet*

Kvinnors förväntningar på att få det rekommenderade antalet besök var lägre i den kliniska studien än hos kvinnor i den historiska kohorten (II). Det fanns dock ingen skillnad i förväntningar på antalet besök mellan kvinnor som senare blev tilldelad grupp respektive standardvård. Detta resultat kan diskuteras utifrån att antalet minskade besök har blivit accepterat och kan ha kommit att influera kvinnornas förväntningar.

Hildingsson et al. (2002) har tidigare funnit att bakgrundsfaktorer som paritet och ålder påverkar förväntningar på antalet besök och att omfödorskor och äldre kvinnor (>35 år) önskade färre besök. Det fanns ingen ålderskillnad mellan kvinnor i de två vårdmodellerna (II) men fler förstfödorskor i GV. Detta kan ses som att det är andra faktorer än paritet och ålder som påverkar förväntningar på antalet besök.

Majoriteten av kvinnor i den kliniska studien uppgav att de var nöjda med de antal besök de fått oavsett vårdmodell (III). En skillnad som överraskade var att kvinnor i GV hade fler besök hos barnmorska, men färre läkarbesök. Det kan finnas en förklaring till att dessa kvinnor fick fler barnmorskebesök. Barnmorskorna uttryckte i sina dagböcker att det ibland var svårt att hinna med alla individuella besök i gruppen och det kan ha lett till att barnmorskorna bokade det individuellt besöket för ett utföras vid ett annat tillfälle.

Kvinnorna skattade förväntningar som högt, att ha samma barnmorska under graviditeten var lika högt skattad oavsett vårdmodell i den kliniska studien, dock har förväntningar på kontinuitet sjunkit under en tio år (II). Kontinuitet var något som föräldrar uttryckte med uppskattning som erhållit GV(I).

Ordet kontinuitet har olika innebörder i dessa delarbeten. Innebörden av kontinuitet i delarbete II var vårdgivarkontinuitet under graviditeten medan kontinuitet i delarbete I hade betydelsen av vårdkontinuitet, att gruppen var sammanhållen och innehållet i grupperna följde ett schema. Det är viktigt att skilja mellan vårdkontinuitet och vårdgivarkontinuitet när man diskuterar kontinuitet i forskning och utvärderingar (Green, Renfrew, Curtis 2000). Det kan annars medföra felaktiga slutsatser av forskningsresultat och svårigheter att identifiera brister i vården. Freeman och medarbetare (2007) har föreslagit en definition som kan överföras till kontinuitet vid graviditet och barnafödande. Dessa författare har definierat kontinuitet som tre olika genrer:

- *Personlig relationskontinuitet: Kontinuitet i vården under graviditeten och/eller förlossningen från en och samma barnmorska.*
- *Informativ lagkontinuitet: All personal som arbetar med en kvinnas graviditet och barnafödande har tillräcklig information om hennes medicinska situation och personliga omständigheter för att kunna ge rätt vård.*
- *Gränsöverskridande kontinuitet: En konsekvent och sammanhängande strategi mellan vårdgivare i olika vårdenheter*

#### 7.1.4 Barnmorskan i gruppmödravården och standardvården

Majoriteten av barnmorskorna i delarbete IV ansåg att deras arbete var tillfredställande och var också villiga att prova att arbeta med gruppmödravård. Det finns stöd för att barnmorskors och kvinnors tillfredsställelse med arbetet respektive vården är starkt sammankopplade. Relationerna mellan barnmorska och föräldrar påverkar kvinnors upplevelse av vården (Kirkham 2000; Lundgren & Berg 2007).

Det är också viktigt att poängtera vikten av att känna till vilka faktorer som ger upphov till arbetstillfredsställelse för att i framtiden kunna behålla god personalförsörjning (Curtis, Ball, Kirkham 2006). I denna avhandling ingår inte någon studie om barnmorskor från den kliniska studien, men barnmorskornas

dagböcker innehåller beskrivningar av deras upplevelser när det gäller att ge paren denna vårdmodell. De beskrev detta arbetssätt som tillfredställande då de lärde känna föräldrarna mycket väl. I dessa dagböcker finns även beskrivningar av organisatoriska problem som blev ett hinder för att ge en tillfredställande vård. De uttryckte att det kunde vara svårt att organisera de individuella hälsokontrollerna. Liknande resultat har påvisats i studier om implementering av CenteringPregnancy®, där barnmorskor upplevde organisatoriska hinder att utföra vården enligt modellen (Gaudion et al. 2010; Baldwin 2011).

Barnmorskorna i delarbete IV resonerade om fördelar och nackdelar, och majoriteten rapporterade ett intresse för att införa gruppmödravård (IV). Barnmorskorna kunde föreställa sig att modellen medförde tidsbesparing och att paren skulle kunna få ett utökat kontaktnät. Barnmorskorna kunde förstå sig att gruppmödravården innebar en rättvisare vård då alla föräldrar får samma information vid samma tillfälle.

Kraven på barnmorskan har förändrats de senaste 30 åren och idag ska hen kunna fokusera på både kvinnan och hennes partner (SOU 1979:131). Detta har lett till ett förändrat och utökat innehåll i besöken. Barnmorskor som arbetar i storstäder ansvarar för fler kvinnor än barnmorskor i övriga Sverige (<http://www.ucr.uu.se/mhv/index.php/arsrapporter>). Sammantaget kan detta delvis förklaras av att storstädernas barnmorskor var mer intresserade att arbeta med denna vårdform och att de kan se detta som en tidsbesparing (IV).

Barnmorskorna (IV) föreställde sig att GV inte skulle vara passande för välutbildade och kvinnor från andra kulturer. Barnmorskornas åsikter stämde inte överens med vad föräldrarna själva ansåg om vilka som var passande för denna vårdform. Föräldrarna i delarbete I bestod av utlandsfödda kvinnor och högutbildade kvinnor som uttryckte att alla bör erbjudas denna vårdform. Föräldrar i delarbete I uttryckte också och att de som valde den var medvetna om vad gruppmödravård innebar. Barnmorskornas antagande om att vissa kvinnor inte passar för GV kan återspegla att barnmorskor baserar sitt antagande på tidigare erfarenheter och traditioner (Green, Kitzinger, Coupland 1990).

Barnmorskans kan ibland ta på sig rollen som ställföreträdare och beskyddare vilket ibland kan leda till att barnmorskan väljer åt kvinnan utan att tillfråga henne (Olsson et al. 1996). Det har förslagits i litteratur om CenteringPregnancy© att barnmorskan i gruppen ska agera mer som en facilitator än som en professionell expert (Rising 1998). Forskning har också påvisat att gruppledarstyrda föräldragrupper inte

fungerar, utan istället rekommenderas en gruppdeltagarstyrd interaktion (Gagnon & Sandall 2007). Detta resonemang stöds också av resultat från delarbete I, där föräldrarna uppskattade när barnmorskan intog rollen som facilitator och utnyttjade sin kunskap i denna roll.

Kvinnor i GV (III) var mer tillfredsställda med barnmorskans engagemang och att bli tagen på allvar. Detta resultat kan till viss del förklaras av resultatet från delarbete I där föräldrar upplevde att barnmorskan hade kapacitet att visa engagemang i gruppen och samtidigt vara professionell (delarbete I).

#### 7.1.4 Medicinska och hälsorelaterade aspekter i mödrahälsovården

Kvinnornas skattade förväntning på att kontrollera barnets hälsa som högst. De höga förväntningarna kan ha sin förklaring i att kvinnor idag tar denna del av vården för givet. En annan förklaring kan vara att GV bestod av fler förstföderskor och det har tidigare påtalats att denna grupp har högre förväntningar än omföderskor.

Det fanns en diskrepans mellan föräldrarnas upplevelse (I) och kvinnors bedömning av de medicinska aspekterna på vården (III). Det framkom att de föräldrar som erfarit GV tyckte att det medicinska behovet var uppfyllt (I), men 28 procent av kvinnor i GV skattade detta område som bristfälligt. Denna fråga har en vid mening och ger inte svar på vad som var bristfälligt i medicinska aspekterna. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnors bedömning av medicinska aspekter i de båda vårdformer i delarbete III, dock indikerar detta att kvalitén är låg i GV och behöver granskas vidare.

Däremot var kvinnorna tillfredsställda med möjligheten att prata om sin hälsa oavsett vårdform. Ingen tidigare studie har identifierats som undersökt vad kvinnorna anser om de medicinska aspekterna av gruppmödravård. I föreliggande delarbeten ingår inga medicinska utfall. Dock har man studerat detta i USA och en översiktsartikel om CenteringPregnancy© fann man att det inte fanns några skillnader i medicinska utfall (Homer et al. 2012). Vid en separat granskning av dessa studier (Ickovics et al. 2007; Kennedy et al. 2011), framkom det att prematurfödda barn vars mammor hade fått GV hade en högre födelsevikt än prematura barn vars mammor hade fått standardvård. Det är svårt att överföra dessa resultat till Svenska förhållande. Som tidigare påtalats innehåller studierna från USA populationer av socialt utsatta kvinnor.

### 7.1.5 Kunskap och informationsaspekter i mödrahjälsvården

Kvinnor hade högre förväntningar på informationsgivning än för tio år sedan. I detta sammanhang bör man nämna att det pågår diskussioner om att gravida kvinnor får för mycket information i dagens informationsamhälle, vilket leder till att de har svårt att sortera information (Larsson 2009). De ökade förväntningarna kan uppfattas som att det finns behov att få informationen sorterad i tidig graviditet när allt är nytt och omvälvande. Det kan också vara en förklaring till varför kvinnor har önskemål om att få fler besök i början av graviditeten (Hildingsson & Thomas 2007).

Kvinnor i GV ansåg att majoriteten av de olika delarna i informationsgivningen var mer tillfredställande förutom gällande information om graviditeten (III). Det var tre gånger så många kvinnor i GV jämfört med kvinnor i SV som ansåg att graviditetsinformationen var bristfällig. När det gällde information om förlossningen var resultatet det omvända då kvinnor i GV bedömde detta område med hög tillfredställelse. Graviditetsinformation ges ofta tidigt i graviditeten då båda vårdformerna hade individuella möten. Det kan diskuteras om skillnaderna beror på att det finns ett medicinskt fokus i det individuella mötet. Skillnaderna i tillfredställelse med förlossningsinformation kan förklaras av att gruppmodellen innebär en möjlighet att utbyta information med både andra föräldrar och barnmorska, vilket ökar delaktigheten och kunskapsutbytet om förlossningen (III). Detta kan leda till att föräldrar minns mer som var sagt enligt resultat i delarbete I. Detta fynd stärks av tidigare resultat om gruppmödravård där forskare påvisat att en grupp medför ökad kunskap (Baldwin et al. 2011).

I delstudie II hade kvinnor i GV högre förväntningar på amningsinformation än kvinnor i SV. Detta kan till viss del förklaras av att det var fler förstföderskor i GV och som kan ha ett ökat behov av amningsinformation. Vid sex månader efter förlossningen rapporterade kvinnorna i GV att de var mer tillfredsställda med amningsinformation och hjälp att initiera amning jämfört med kvinnor i standardvården. Förstföderskor i studie I uppskattade att höra omföderskornas amningserfarenhet som innebar en ökad realitet jämfört med barnmorskans informationsgivning. I studie III rapporterade > 20 % av kvinnorna oavsett vårdform att amningsinformationen var bristfällig. Dessa resultat kan härledas till

att det inte bara är amningsinformation av barnmorskan som har betydelse utan även stöd från gruppmedlemmarna. Det har tidigare påvisats i studier om stödgrupper där mammor känner starkt stöd inför amning och normaliserar amning med andra mammor (Ingram 2013). Amningsförberedelse har också studerats i en metaanalys av fem studier där man utvärderade effektiviteten av utbildningsinterventioner för att öka initieringen av amning. Denna studie visade att utbildningsinterventioner på det hela taget var effektiva (Dyson, McCormick, Renfrew 2005). Det har också påvisats att för att införa ett optimalt stöd krävs inte enbart god kunskap utan även en positiv attityd hos barnmorskorna (Ekström et al., 2005)

### 7.1.7 Psykosociala aspekter och stöd i mödrahälsovården

Det fanns ingen skillnad mellan kvinnors skattning av depressionsymtom varken mellan tidsperioden tio år eller mellan kvinnor som senare blev tilldelade i GV eller SV (delarbete II). Samtidigt hade förväntningar på det känslomässiga innehållet i vården minskat under en tioårsperiod och bör reflekteras över. Kanske speglar detta hur kvinnor uppfattar vad barnmorskan har för roll idag, de kanske inte uppfattar barnmorskan som någon som kan stödja kvinnan känslomässigt.

I delarbete I framkom det att föräldrar upplevde gruppen som ett stöd för att förstå de förändringar som sker under graviditeten. Detta resultat stöds av psykosociala teorier om gruppens inverkan på individen. När man tillsammans i gruppen kan utbyta idéer och tankar hjälper det individen att förstå nya sammanhang (Stenberg 2011). Föräldrar i delarbete I uttryckte att dela sin tankar med andra föräldrar bidrog till en ökad upplevelse av att känna sig normal samt en minskad oro. Detta resultat kan jämföras med resultat från en interventionsstudie om förlossningsrädsla. Denna studie påvisade att dela sina upplevelser med andra kvinnor i samma situation var en av de viktigaste delarna i stödet för att minska rädsla inför förlossningen (Saisto 2006). Det bekräftades också i delarbete I där omföderns komplikationer uttryckte att delta i gruppen hade en ”läkande” effekt.

Gruppen bidrog till en ökad socialisering och medförde att föräldrarna fick en känsla av att tillhöra en grupp med gemensamt mål. Det skapades en trygghet med vetskapen att man inte var ensam med sina tankar och symtom. Liknande resultat fann man i studier från USA, kvinnorna ansåg att gruppmödravård medförde att de vågade dela sina tankar med andra i gruppen (Kennedy et al. 2009; Novick et al.



2010). Enligt föräldrarna i studie I fanns det också utrymme för både kvinnorna och män att diskutera sitt psykologiska välbefinnande med andra föräldrar. Detta är ett viktigt resultat då dessa mindre påtagliga aspekter av mödrahälsovården kan vara viktiga för föräldrars välbefinnande på längre sikt.

Både föräldrar i delstudie I och kvinnor i delstudie III ansåg att gruppmödravården ökade kontakten med andra föräldrar men inte alltid att vården ledde till ett större kontaktnät efter förlossningen. Andra studier har kommit fram till det motsatta, det vill säga att gruppmödravård medför att kvinnorna fortsätter att träffas efter förlossningen (Wedin et al. 2010). Detta sociala stöd kan dock vara viktigt under graviditeten som innebär en livsförändring. Enligt Koeske & Koeske (1990) är socialt stöd inte direkt bidragande till hälsoreultat men att det fungerar som en ”buffert” för att skydda individen mot skadliga effekter av sin omgivning i tider av stress. Resultat av delarbete I kan ses som att stöd i grupp kan ge direkta effekter på känslomässigt och informativt stöd, en effekt som kan skydda individer från potentiellt skadlig inverkan av stressande händelser (Dennis 2003).

Vissa studier visar på vikten av att individualisera och se den enskilda kvinnans behov och att inte klassificera. Till exempel bör man inte med automatik betrakta en omfödelska som någon som behöver mindre stöd, mindre information eller färre besök (Bondas 2002; Clement, Sikorski, Wilson 1996). Omfödelskan kan behöva få berätta sin historia och även få bekräftelse i sin graviditet och kanske även förnyad information. Delarbete I bekräftar att omfödelskor uppskattade denna vårdform och att utbyte av erfarenheter kan ge dem ”revansch” för tidigare komplicerade graviditeter eller förlossningar. Dessa resultat pekar på att denna vårdform kan vara ett alternativ för omfödelskor som har extra behov av stöd.

#### 7.1.8 Förlossning och föräldraförberedelse

Resultat från delarbete I och III stöder varandra i den bemärkelsen att förlossningsinformationen ansågs vara tillfredsställande. Kvinnorna i GV var också mer tillfredsställda än kvinnor i SV med att få tid till att planera sin förlossning med barnmorskan. Detta kan vara relaterat till att de kände sig respektfullt bemötta och det fanns mer tid i gruppmodellen för att diskutera förlossningen. Att planera sin förlossning är en viktig del i förberedelsen och för att kunna hjälpa kvinnorna att formulera en mer realistisk bild av sin kommande förlossning (Perez et al. 2005). Att känna sig delaktig i beslut om sin förlossning kan vara en bidragande faktor till

att vara tillfredsställd med vården (Howarth et al. 2012). Enligt en Cochrane review (2007) är forskningen om föräldrautbildning och dess effekter begränsad, vilket medför att det är viktigt att studera hur föräldrar uppfattar föräldrautbildning då detta erbjuds till alla förstföderskor i Sverige. Det kanske är andra utfall som ska studeras än det som tidigare studerats. Enligt en rapport från mödravårdsregistret har deltagandet i föräldragrupper minskat de senaste åren och år 2012 deltog 72 procent av förstföderskorna och 67 procent av deras partner i föräldrautbildning i grupp. (Omföderskor registreras inte i detta register).

I jämförelse med data från 1999–2000 deltog 93 procent av förstföderskorna och 19 procent av omföderskorna i föräldragrupper (Fabian, Rådestad, Waldenström 2004). I detta sammanhang är det viktigt att notera att tidigare studier har påvisat att omföderskor önskar att delta i föräldragrupper (Hildingsson & Thomas 2007). I föreliggande delarbete (II) förväntade sig kvinnorna i GV att få föräldrautbildning. Detta kan ha sin grund i att det var fler förstföderskor fanns i denna grupp och att det är vedertaget att mödrahälsovården ska erbjuda föräldragrupper/stöd för förstföderskor (SFOG 2008). Barnmorskor uttryckte missnöje med den föräldrautbildning de gav i delarbete IV, och detta överensstämmer med föräldrars tidigare upplevelser av individuell vård med föräldrautbildning i delarbete I samt kvinnors bedömning i SV i studie III. Det verkar som missnöjet med förberedelse och information om tiden efter förlossningen är konstant sedan lång tid tillbaka, och detta fenomen har konstaterats i tidigare studier (Fabian et al. 2005). Detta bekräftas i det kvalitativa delarbetet (I) där föräldrar uttrycker sitt missnöje med förberedelserna inför tiden efter förlossningen. Även i det delarbete (III) där kvinnor betraktar detta område som det mest bristfälliga av alla områden oavsett vårdmodell. Det saknas interventionsforskning om föräldrautbildningens när det gäller att förbereda föräldrarna inför tiden efter förlossningen. Dock finns det studier som visar att oron inför tiden efter förlossningen och föräldraskapet är vanlig hos både kvinnor och män (Matthey et al. 2002). Det är viktigt att beakta detta då ett av målen för föräldrautbildningen är att förbereda för föräldraskapet (SOU 1997:161).

## 7.2 METODDISKUSSION

### 7.2.4 Delarbete I

I detta delarbete har semistrukturerade gruppintervjuer och individuella intervjuer använts och data har analyserats med innehållsanalys. Forskningsfrågan styrde metodvalet och intervjustudier är en väl använd och vedertagen metod i den kvalitativa forskningen (Patton 2002). Avsikten var att endast gruppintervjuer skulle bli föremål för datainsamlingen. Gruppintervjuer valdes eftersom vårdformen bedrivits i grupp och för att fånga gruppens såväl som individens erfarenheter och åsikter. När datainsamlingen inleddes uteblev papporna. Vi valde att ge dem möjlighet att bli intervjuade per telefon. Forskning har påvisat att det finns en överensstämmelse i resultat och validitet mellan "face to face"-intervjuer och telefonintervjuer (Sturges & Hanrahan 2004; Geller 2007). Detta motiverade ytterligare valet av datainsamlingsmetod.

De båda intervjumetoderna kan ha påverkat resultatet, men ingen skillnad uppfattades i deltagarnas benägenhet att samtala i de båda intervjumetoderna. Vissa deltagare lyckades dela med sig av erfarenheter under en relativt kort tid.

Argumentet för att använda telefonintervjuer är mångfacetterat och metoden har många praktiska fördelar, framför allt innebär den en lägre kostnad, möjligheter till att snabbt spara tid och möjlighet till en bättre kontroll av intervjuare för att säkerställa en ökad standardisering av datainsamlingen (Kempf & Remington 2007). I kvalitativa studier är forskaren delaktig genom att i samspelet under intervjun vara med och skapa texten. Författarna är alla barnmorskor och kvinnor men har ingen erfarenhet av att arbeta med gruppmödravård. Detta kan ha påverkat tolkningen av intervjumaterialet. Samtidigt gav dessa erfarenheter och förståelse en ökad uppfattning om upplevelsen av vården. Medvetenheten om denna förståelse ledde till en textnära analys och till att man är uppmärksam på att inte göra några egna tolkningar.

Innehållsanalysen resulterar först och främst i begreppsutveckling och modeller, inte i teoriutveckling som i Grounded theory (Glaser & Strauss 1967).

Trovärdigheten i denna kvalitativt beskrivande forskning med innehållsanalys grundar sig på att tillvägagångssättet i analysen beskrivs noggrant. Metoden är lämplig eftersom det återspeglar föräldrars kommunikation och bevarar information från det ursprungliga materialet (Hsieh & Shannon 2005). Trovärdighet uppnåddes också genom att beskriva hur data samlats in samt de olika steg som har tagits i

analysen för att nå fram till ett resultat. Trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och ”bekräftelsebarhet” (att arbeta med sin subjektivitet) beskriver aspekter av tillförlitligheten i kvalitativa studier. Citat valdes för att säkra trovärdighet. Överförbarheten visades i kategorierna, som ska kunna överföras till liknande grupper och sammanhang. Tillförlitligheten säkrades med en digital inspelningsapparat, och intervjuerna transkriberades ordagrant för att kunna verifiera resultaten. Bekräftelsebarhet bygger på att resultat och slutsatser i en studie överensstämmer med syftet och inte grundar sig på forskarens tolkningar och förförståelse. Styrkan med delarbetet var att urvalet av respondenter kom från olika geografiska och socioekonomiska områden samt inkluderade både män och kvinnor. Detta resulterade i möjligheten att inkludera olika synvinklar av upplevelsen av gruppmödravården.

### 7.2.5 Delarbete II

I detta delarbete har data använts från två olika studier från två olika tidsperioder, och datamaterialet består av frågeformulär till kvinnor som sedan analyserades med statistiska metoder. Detta val grundade sig på det faktum att innehållet i vården är relativt lika under denna tidsperiod även om samhället och kvinnornas förutsättningar har förändrats bl.a. med ett ökat utbud av information (Larsson et al 2009). Frågeformuläret i delarbete II besvarades av kvinnorna i den kliniska studien innan interventionen påbörjades, men kvinnor kan ha varit medvetna om tilldelningen, detta kan i sin tur påverkat deras synpunkter. När man utvärderar resultaten är det viktigt att komma ihåg att interventionsgruppen bestod av fler förstföderskor och kvinnor med universitetsutbildning. Detta kan vara slumpen eller ha att göra med hur de blev tillfrågade av barnmorskorna.

En begränsning är att datamaterialet är relativt begränsat. Detta kan ha samband med att få barnmorskor var intresserade att delta i studien. Detta medförde att få barnmorskor skulle rekrytera ett stort antal kvinnor. Inklusionstiden var två år och skälet till att inte förlänga den ytterligare är att vårdens förutsättningar kan förändras och påverka resultatet. En annan begränsning var att få utlandsfödda kvinnor deltog i den kliniska studien samt i den historiska nationella studien. Det kan härledas till inklusionskriteriet som bestod av att man skulle kunna behärska det svenska språket.

### 7.2.6 Delarbete III

Detta delarbete är en klinisk kontrollerad studie (CCT) där frågeformulär använts som datainsamlingsmetod och analyserats med statistiska metoder (Higgins Green 2011). Kliniska prövningar är ett samlingsbegrepp för en mängd olika utformningar av prövningar i vården, inklusive kontrollerade studier utan randomisering (Herbert 2009). Föreliggande delarbeten II och III ingår i en klinisk kontrollerad studie där barnmorskor randomiserades. Det innebär att deltagarna (kvinnorna) inte lottades slumpmässigt till någon av grupperna. Dock fanns det ett förutbestämt schema på respektive mottagning för att tilldela kvinnorna vårdform. Forskargruppen valde det förfaringsätt utifrån kliniska omständigheter samt efter diskussion med barnmorskorna. Det ökade dock risken för mätfel, eftersom kvinnor med liknade bakgrund kan hamna i samma grupp vilket i sin tur kan ha påverkat resultatet. I den kliniska studien var det fler förstföderskor och kvinnor med universitetsutbildning i gruppmodravården. Detta kontrollerades och justerades för i analysen. Urvalet i båda grupperna är dock representativt för Sverige när det gäller gravida kvinnors ålder, utbildningsnivå, tobaksanvändning samt samboende med den blivande fadern ([www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafofelseregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafofelseregistret)). Det finns dock forskare som studerat hur bakgrundsfaktorer påverkar kvinnors tillfredsställelse med mödrahälsovården och de har funnit lite evidens för att bakgrundsfaktorer som utbildning och paritet påverkar kvinnors generella upplevelse av vården (Oladapo & Osiberu 2009; Wiegers 2009). Dock finns det forskning som tyder på att högutbildade kvinnor är mindre nöjda med information och respektfullt bemötande (Raleigh, Hussey, Seccombe, Hallt 2010). En annan faktor som kan ha påverkat resultatet av kvinnors bedömning av vården kan vara minnet och forskare har påtalat att det kan vara lättare att komma ihåg sin förlossning än att komma ihåg besöken på mödrahälsovården (Bondas 2002). Bortfallet i delarbete III kan ses som en begränsning. Bortfallet kan delvis förklaras med att föräldrarna kunde välja att ge sitt svar antingen på det webbaserade frågeformuläret eller i pappersform. Det har tidigare visats att det finns ett dolt tredje alternativ, nämligen att inte svara alls (Couper, Singer, Conrad, Groves 2010).

I tidigare studier har man sett att bortfallet ökat under 2000-talet. Bortfallet i longitudinella studier har också förslagits vara orsakat av en besvikelse över vetenskap och forskning samt en ökad komplexitet i vardagen. (Morton et al. 2012).

Det har dock visat att låg svarsfrekvensen inte är lika med en låg giltighet i studier (Scott et al. 2006; Curtin, Presser, Singer 2000).

### 7.2.7 Delarbete IV

I detta delarbete användes strukturerade telefonintervjuer som datainsamlingsmetod och de analyserades med innehållsanalys och statistiska metoder. Information om de frågeområden som skulle belysas i intervjun skickades ut innan intervjun. Det kan vara ett effektivt sätt för att krympa avståndet mellan telefon och besöksintervjuer genom att öka förtroendet för intervjuaren (Groves 1987).

Kvantitativ innehållsanalys rekommenderas när det inte finns någon eller endast ett fåtal tidigare studier som belyser fenomenet, vilket motiverade valet av metod i detta delarbete. Enligt den amerikanske medieforskaren Bernard Berelson (1954) är kvantitativ innehållsanalys ett forskningsredskap för det objektiva, systematiska och kvantitativa beskrivandet av manifest kommunikationsinnehåll. Innehållsanalysen i föreliggande delarbete (IV) ligger nära den exakta texten, i motsats till latent analys då den underliggande meningen tolkas (Patton 2002). Bevisning av en studies giltighet (innehållsvaliditet) baseras på svarsprocesser, och en metod för att identifiera dessa processer är att pilottesta frågeformulär och frågeguider på tänkta studiegrupper. Denna metod användes i detta delarbete och även i de övriga delarbetena. Resultatet uppvisar variationer som kan förväntas existera i andra relevanta situationer, vilket gör att man till viss del kan överföra resultaten till andra barnmorskor än i delstudie IV. Dock var det ett litet urval av barnmorskor som gör det svårt att generalisera resultaten till alla barnmorskor i Sverige.

## 7.3 SLUTSATSER OCH IMPLIKATIONER

Denna avhandling bidrar med ny kunskap om föräldrars upplevelse av gruppmödravård samt barnmorskors inställning till denna vårdform. Den bidrar även till att identifiera kvinnors förväntningar på mödrahälsovården. Slutsatsen är att kvinnornas övergripande tillfredsställelse var hög oavsett vårdform, dock identifierades hälften av de specificerade vårdområden som bristfälliga i båda vårdmodellerna, vilket indikerar att en kvalitetsförbättring bör ske. Det bör uppmärksammas att flertalet specificerade vårdområden var till GV fördel vid jämförelse med SV. De två viktigaste fördelarna med GV var informationsutbytet och stödet i gruppen, dock behöver man organisera de medicinska kontrollerna

annorlunda då de var skattat som bristfälligt. Det fanns få skillnader i kvinnors förväntningar på vården mellan vårdmodellerna men i de flesta områden hade förväntningarna förändrats under tio år. GV kan alltså erbjudas som ett alternativ utan att tillfredställelsen med mödrahälsovården minskar. Föräldrar som erhållit gruppmödravård uppskattade denna vårdform och barnmorskor visade intresse för att prova denna vårdform, vilket ytterligare förstärker att man kan erbjuda denna vårdform. Emellertid bör detta föregås av en noggrann planering samt involvering av alla berörda vårdgivare och beslutsfattare.

#### 7.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Denna avhandling har fokuserat på kvinnors upplevelse med mödrahälsovården och vidare forskning behövs för att undersöka blivande pappans och partners upplevelse av denna vårdmodell. I denna avhandling framkom det att kvinnor var tillfredsställda med amningsinformation, stöd samt ökad kontakt med andra föräldrar. Det kan ha betydelse för hälsan och bör studeras vidare. Vidare forskning behövs också för att undersöka barnmorskors arbetsförhållande i mödrahälsovården då barnmorskorna identifierade vissa brister då det också kan vara relaterat till föräldrars otillfredsställelse med vården.

Förslagen är följande:

- Att undersöka partners förväntningar på mödrahälsovården och jämföra partners tillfredsställelse med gruppmödravård kontra standardvård.
- Att undersöka associationer mellan gruppmödravård och amningsutfall
- Att undersöka hälsoeffekter av det ökade kontaktnätet med andra föräldrar
- Att undersöka barnmorskors erfarenheter av sin arbetsmiljö samt deras förändringsbenägenhet

## 8 REFERENSER

Alexander L, Sandridge J, Moore L. (1993). Patient satisfaction: An outcome measure for maternity services. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing* 7; 28–39.

Arney WR, Bergen B.(1984). *medicine and the management of living. Taming the last great beast.* The universitet of Chicago press. USA.

Baldwin K, Phillips G. (2011). Voices Along the Journey: Midwives' Perceptions of Implementing the CenteringPregnancy Model of Prenatal Care. *J Perinat Educ.* 20; 210-217

Barlett EE .(2004). The effect of fatherhood on the health of men. A review of the litterature. *JMHG.* 1;159-169

Berelson B. *Content analysis in communication research.* Free press New York, US.1952

Benediktsson I, McDonald SW, Vekved M, McNeil DA, Dolan SM, Tough SC. (2013) Comparing centering pregnancy to standard prenatal care plus prenatal education.*BMC Pregnancy Childbirth* 13;1-5.

Bennett A. (1985). The birth of a first child: do women's reports change over time *Birth* 12; 153–158.

Berentson-Shaw J, Scott, K, Jose P. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? *Journal of Reproductive and Infant Psychology,* 27, 357-373.

Berg, M., Lundgren, I., 2004. *Att stödja och stärka-vårdande vid barnafödande (To support and strengthen-caring in childbearing).* Studentlitteratur, Lund.



Bergström M, , Kieler H, Waldenström, U. (2009), Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89: 794–800.

Bezerra S, Moura MH, Lopes LM, Murthi P, da Silva Costa M. (2012).“Prevention of Preeclampsia,” *Journal of Pregnancy* 2012; 1-9.

Biro, M. A., Waldenström, U., Brown, S. and Pannifex, J. H. (2003), Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 30: 1–10.

Blom, U.-L. (1996). Pappautbildning: utvärdering av ett försök med pappautbildning i fyra landsting och en kommun: ett uppdrag från Socialdepartementet, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen. Stockholm: Spri rapport.

Bondas T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 18; 61-71.

Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. (2007). First-Time Fathers' Study: Psychological Distress in Expectant Fathers During Pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41; 718-725.

Bredmar M. (1999). Att göra det ovanliga normalt. En kommunikativ varsamhet och medicinska uppgifter i barnmorskors samtal med kvinnor. Akademisk avhandling. Linköpings universitet.

Buist A, Morse C A, Durkin S. (2003). Men's Adjustment to Fatherhood: Implications for Obstetric Health Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32: 172–180.

Burke L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15; 243–255

- Chapman SL, Wu LT.(2013). Postpartum substance use and depressive symptoms: a review. *Women Health*. 53:479-503.
- Christiaens W, Bracke P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy & Childbirth* 7:26-37.
- Clement S, Sikorski J, Wilson J (1996) Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery*12 ;120–128
- Creswell J, Fetters M, Ivankova N. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med* 2;7-12.
- Couper MP, Singer E, Conrad FG, Groves RM. (2010). "An Experimental Study of Disclosure Risk, Disclosure Harm, Incentives, and Survey Participation." *Journal of Official Statistics* 26 ; 287-300.
- Cox J, Holden J. Perinatal mental health. A guide to Edinburgh postnatal depression scale. London: Gaskell, 2003.
- Curtin R, Presser S, Singer E. (2000).The effects of response rate changes on the index of consumer sentiment. *Public Opin Q*. 64; 413-28
- Curtis P, Ball L, Kirkham M .(2006). Why do midwives leave? (Not) being the kind of midwife you want to be. *British Journal of Midwifery* 14; 27-31.
- Deave T, Johnson D, Ingram J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8; 30.
- Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. (2001). Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med*. 21;52-9.
- Dennis CL. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 40; 321–332.

Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. (2010). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. Art. No.: CD000934.

Drakos G , Höjer B. (1981). Föräldrautbildning i ett mångkulturellt samhälle : rapport rörande speciella åtgärder för att invandrarföräldrar skall beredas möjlighet att delta i föräldrautbildningen. Socialstyrelsen.

Draper J. (2002). 'It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation. *J Adv Nurs*. 39: 563–70.

Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No.: CD001688.

Ekström A, Matthiesen A-S, Widström A-M, Nissen E. (2005). Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33; 353 – 359.

Ellberg L, Högberg U, Lindh V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26;463-468.

Elo S, Kyngas H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 62; 107-115.

Erb L, Hill G, Houston D. (1983). A survey of parents attitudes towards their caesarean births in Manitoba Hospitals. *Birth* 10: 85–91.

Fabian, HM, Rådestad IJ, Waldenström U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20; 226-235.

- Fabian H M, Rådestad, I J, Waldenström U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84; 436-443.
- Fitzpatrick R. (1991). Surveys of patient satisfaction: I. Important general considerations. *BMJ* . 302; 887–889.
- Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. *Continuity of Care 2006: What Have We Learned Since 2000 and What are Policy Imperatives Now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. London: NCCSDO, 2007
- Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 22: 64–71.
- Gagnon AJ, Sandall J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 3, CD002869.
- Gaudion A, Menka Y, Demilew J, Walton C, Yiannouzis K, Robbins J, Rising SS, Bick D. (2010). Findings from a UK feasibility study of the CenteringPregnancy model. *British Journal of Midwifery* 19; 796–802.
- Geller EJ, Barbee ER, Wu JM, Loomis MJ, Visco AG. (2007). Validation of telephone administration of 2 condition-specific quality-of-life questionnaires. *AM J OBSTET GYNECOL*. 197; 631-632.
- Glaser B, Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- Grady MA, Bloom KC. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a CenteringPregnancy program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49; 412-420.
- Graham W. (2002). Now or never: the case for measuring maternal mortality. *Lancet* 2002, 359:701-4.

Green J, Kitzinger JM, Coupland VA. (1990) Stereotypes of childbearing women: a look at some evidence. *Midwifery* 6; 125-132.

Green, JM, Renfrew M J, Curtis PA. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16; 186-196.

Groves RM, Magilavy LJ.(1987). Chapter VI. Measurement of interviewer errors in the SRC Telephone Survey. *Vital Health Stat* 2.40-6.

Gunn, J., Hegarty, K., Nagle, C., Forster, D., Brown, S. and Lumley, J. (2006). Putting Woman-Centered Care into Practice: A New (ANEW) Approach to Psychosocial Risk Assessment During Pregnancy. *Birth*, 33: 46–55

Hall M, Campbell D. (1992). Cost-Effectiveness of Present Programs for Detection of Asymptomatic Hypertension in Relation to the Severity of Hypertension Andproteinuric Hypertension. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8; 75-81.

Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L, Norberg A. (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*, 15; 6-15.

Harvey S, Rach D, Satinton MC, Jarell J, Barnt R (2002) Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* 18;260-7

Herbert R. Explanatory and pragmatic clinical trials. In: Gad SC, editor. *Clinical Trials Handbook*: Wiley; 2009 1087-1104.

Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I . (2002) Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of

caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*. 81:118-25.

Hildingsson I, Rådestad I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *J adv nursing*. 52; 239-249.

Hildingsson I, Thomas J. (2007). Processes, Problems and Solutions: Maternity Services from Women's Perspectives in Sweden. *Journal of Midwifery and Women's Health* 52;126-133.

Hemminki E, Blondel B. (2001). Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *Eur J Obstet Gyn Repro biol*. 94 ;145–148

Hermansson E, Mårtensson L. (2011). Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. *Midwifery* 6:811-816.

Ho I, Holroyd E. (2002). Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 74-85.

Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. (2010) Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 6. Art. No.: CD000198.

Hofmeyr GJ, Hodnett ED. (2013) Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial - Comentary: routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. *Reprod Health*. 10:20.

Homer CS, Ryan C, Leap N, Foureur M, Catling-Paull CJ. (2012) Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev*. 11:CD007622.

Howarth AM, Swain NR, Treharne GJ. (2012). First-time mothers' perspectives on relationships with and between midwives and doctors: insights from a qualitative

study of giving birth in New Zealand. *Midwifery* 28:489-94.

Hsieh HF, Shannon SE (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis  
*Qual Health Res* 15: 1277-1288.

Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, Rising SS.(2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.*, 110; 330 - 339.

Ingram J (2013) A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. (2013) *BMC Pregnancy Childbirth*. 13:192-202.

Jafari F, Eftekhari H, Fotouhi A, Mohammad K, Hantoushzadeh S. (2010). Comparison of maternal and neonatal outcomes of group versus individual prenatal care: a new experience in Iran. *Health Care for Women International* 31; 571-584.

Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. (2013) Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art.

Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in Observational Epidemiology*. Oxford University Press, 1996.

Kempf AM, Remington PL. (2007). New challenges for telephone survey research in the twenty-first century. *Annual review of public health* 28; 113-26.

Kennedy HP, Farrell T, Paden R, Hill S, Jolivet R, Willetts J, Rising SS.(2009). "I wasn't alone"-a study of group prenatal care in the military. *J Midwifery Womens Health* 54; 176-183.

Kennedy H P, Farrell T, Paden R, Hill S, Jolivet RR, Cooper BA, Rising SS. (2011). A randomized clinical trial of group prenatal care in two military settings. *Mil Med*, 176;1169-1177.

- Kirkham M (2000) *The midwife-woman relationship*. Basingstoke: Macmillan
- Klima CS. (2003). Centering pregnancy: a model for pregnant adolescents. *Journal of Midwifery & Women's Health* 48(3) 220-225.
- Koeske GF, Koeske RD. (1990). The buffering effect of social support on parental stress. *Am J Orthopsychiatry* 60, 440-451
- Larsson M.(2009).A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information.*Midwifery*, 25;14–20.
- Lathrop B. (2013). A systematic review comparing group prenatal care to traditional prenatal care. *Nurs Womens Health*. 17:118-30.
- Lundgren I, Berg M. (2007).Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21: 220–228.
- MacHin D ,Campbell MJ, Walters SJ. *Medical Statistics-A Textbook for the Health Sciences*. 2007. 4th edition. Wiley. USA.
- Mac Mullan M. (2006).Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship.*Patient Educ Counc*.63:24-8.
- Manant A, Dodgson JE. (2011). CenteringPregnancy: An Integrative Literature Review. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 56; 94-102.
- Martins C, Gaffan E A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant–mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737–746



Matthey S, Morgan M, Healey L, Barnett B, Kavanagh D J, Howie P. (2002). Postpartum Issues for Expectant Mothers and Fathers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31; 428–435.

Mc Court C. (2006). Supporting choice and control? Communication and interaction between midwives and women at the antenatal booking visit. *Social science & medicine* 62:1307 -1318.

McLachlan H, Forster D, Davey M, Farrell T, Gold L, Biro M, Albers L, Flood M, Oats J, Waldenström U.(2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 119; 1483–1492.

Medicinska födelseregistret-Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Socialstyrelsen 2012. Hämtat (2013-10-17).  
[www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret) ,

Mercer R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34; 198–204.

Milton L. (2001). Folkhemmets barnmorskor: den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid. Avhandling historiska institutionen. Uppsala Universitet.

Morton SM, Bandara, DK, Robinson EM, Carr PE, (2012) In the 21st century, what is an acceptable response rate? *Aust. N. Z. J. Public Health* 36; 106–108

Myrdal A, Myrdal G. *Kris i befolkningsfrågan, 1934*. nyupplaga 1997. sida 190. Bonniers. Stockholm. Sverige.

Ninio A, Rinott N. (1998). Fathers' involvement in the care of their infants and their attributions of cognitive competence to infants. *Child Dev*. 59: 652–63.

- Nolan M. (2008). Antenatal survey (1) What do women want? *The Practising Midwife*, 11(1), 26–28.
- Norling-Gustafsson A, Skaghammar K, Adolfsson A.(2011). Expectant parents' experiences of parental education within the antenatal health service. *Psychol Res Behav Manag.* 4: 159-167
- Novick G, Sadler LS, Kennedy HP, Cohen SS, Groce NE, Knafl KA. (2010). Women's experience of group prenatal care. *Qual Health Res*, 21; 97-116.
- Pallant J. *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS.* 4<sup>th</sup> ed. Allen & Unwin, Crows Nest, 2011.
- Patton, MQ. *Qualitative Evaluation & Research Methods.* Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 2002.
- Perez PG (2005) Birth plans: are they really necessary? *Am. J. Matern. Child Nurs.*, 30 ; 288–289.
- Plantin L. (2007). *Fatherhood and health outcomes in Europe: WHO Regional office for Europa.*
- Plantin L, Danebäck C. (2010). Föräldraskap och internet. Nya mötesplatser och informationsvägar kring det senmoderna föräldraskapet. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2:170-188.
- Premberg A, Lundgren I. (2006). Fathers' Experiences of Childbirth Education. *J Perinat Educ.*15; 21-8.
- Oladapo OT, Osiberu MO. Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality? (2009). *Matern Child Health J.* 13505-11.

Olsson P, Sandman PO, Jansson L. (1996). Antenatal 'booking' interviews at midwifery clinics in Sweden: a qualitative analysis of five video-recorded interviews. *Midwifery* 12; 2.

Raleigh, D Hussey, I Seccombe, and K Hallt .(2010). Ethnic and social inequalities in women's experience of maternity care in England: results of a national survey. *J R Soc Med* 103:188-198.

Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.

Redshaw M, Rowe R, Hockley C, Brocklehurst P. *Recorded Delivery: A National Survey of Women's Experience of Maternity Care*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2007.

Redshaw M. (2008). Women as Consumers of Maternity Care: Measuring "Satisfaction" or "Dissatisfaction"? *Birth* 35:73-76.

Rising SS. *Centering Pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment*. (1998). *J Nurse Midwifery*. 43:46-54.

Rissanen L. (2007). *Barnmorskors erfarenheter av gruppmödravård*. Master thesis. Sahlgrenska akademin. Göteborg. Sweden.

Robert P J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S.(2012). Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7.

Robertson B, Aycock D, Darnell L. (2009). Comparison of Centering Pregnancy to Traditional Care in Hispanic Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 13; 407-414.

Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A ,Josefsson.A, Sydsjo G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65; 414-418.

- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. (2006). *Acta Obstetricia et Gynecologica*. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 85: 1315-1319.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013). Midwife-led Continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane* DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3
- Sarkadi A, Bremberg S .(2005). Socially unbiased parenting support on the Internet: A cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child: Care, Health And Development*, 31; 43-52.
- Scharer K. (2005). Internet Social Support for Parents: The State of Science. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*,
- Schiratzki J, Berggren M, Rasmussen P (2009) Rapport. Utvärdering av projektet ”Pappa på riktigt” 2003-2007. Barn och jämställdhets departement. Norge.
- Scott K, Kennedy C, Dimock M, Best J, Craighill P (2006). Gauging the impact of growing nonresponse on estimates from a national RDD telephone survey. *Public Opin Q*. 70;759-79.
- Sitzia J, Wood N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45; 1829-1843
- Socialstyrelsen; SoU 1978:5. Föräldrautbildning. Betänkande från barnomsorgsgruppen. 1.Kring barnets födelse. Stockholm: Socialdepartementet , Stockholm,1978
- Socialstyrelsen; SoU 1979:4. Mödra- och barnhälsovård: Förslag till principprogram. Stockholm.1979.
- Socialstyrelsen; SoU 1980:27. Barn och vuxna: Barnomsorgsgruppens slutbetänkande om föräldrautbildning. Stockholm. 1980.
- Socialstyrelsen ; SoU 1984;12 Föräldrautbildning. Kring barnets födelse och

första levnadsår. Stockholm. 1984.

Socialstyrelsen; SoU 1996:7, Hälsa före, under och efter graviditeten, Stockholm.1996.

Socialstyrelsen; SoU 1997:161. Stöd i föräldraskap. Betänkande av utredningen om föräldrautbildning. Socialdepartementet, Stockholm 1997.

Socialstyrelsen; SoU 2008:131 Betänkande av Föräldrastödsutredningen, Socialstyrelsen, Stockholm 2008.

Socialstyrelsen.Medicinska födelseregistret -Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.

[www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret) ,  
Socialstyrelsen (2013-10-17)

Sofaer S, Firminger K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services.. *Annual Review of Public Health*, 26; 513-559.

Statham H, Green J M, Kafetsios K. (1997). Who Worries That Something Might Be Wrong With the Baby? A Prospective Study of 1072 Pregnant Women. *Birth*, 24: 223–233.

Stearns Peter N; *Fatherhood in Historical Perspective: The Role of Social Change, i Fatherhood and Families in Cultural Context* (Ed. Bozett FW och Hanson S M H), Springer Publishing Company, New York, 1991.

Steen M, Downe S, Bamford, N, Edozien L.(2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28; 422-431

Stenberg H. *Gemenskapens socialpsykologi*. Liber. Malmö. Sverige. 2011

Sturges JE, Hanrahan KJ. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research*, 4; 107-118.

- Svensk förening för obstetrisk förening och gynekologisk (SFOG) (2008) Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. rapport nr 59.
- Svensson J, Barclay, L, Cooke M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25; 114-125.
- Teate A, Leap N, Rising SS, Homer CSE. (2009). Women's experiences of group antenatal care in Australia- the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery* 27:138-45.
- Teate A, Leap N, Homer SC (2013) Midwives' experiences of becoming CenteringPregnancy facilitators: a pilot study in Sydney, Australia. *Women Birth* 26; 31-6.
- Teitler, J. O. (2001). Father involvement, child health and maternal health behavior. *Children and Youth Services Review*, 23; 403-425.
- Tingstig,C, Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U.(2012). Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. *Birth*, 39; 106–114.
- Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, Kildea S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906), 1723-1732.
- Van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. (2003a). Maternity satisfaction studies and their limitations: “What is, must still be best” *Birth*. 30:75-82.
- Van Teijlingen E, Sandall J, Wrede S, Bemoit C, De Vries R, Bourgeault S (2003b) Comparative studies in maternity care. *RCM Midwives* 6;338-40.
- Villar, J., Bakketeig, L., Donner, A., Al-Mazrou, Y., Ba’aqeel, H., Belizán, J.M., Carroli, G., Farnot, U., Lumbiganon, P., Piaggio, G. and Berendes, H. (1998), The

WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial: rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12: 27–58.

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. (2001a). Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews Issue 4*, CD 00934.

Villar J, Baaqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, Al-Mazrou Y, Carroli G, Pinol A, Donner A, Langer A, Nigenda G, Mugford M, Fox-Rushby J, Hutton G, Bergsjö P, Bakketeig L, Berendes H, Garcia J, (2001b) WHO Antenatal Care Trial Research Group: WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 357:1551-1564

Villar J, Abalos E, Nardin JM, Merialdi M, Carroli G. (2004). Strategies to prevent and treat preeclampsia: Evidence from randomized controlled trials. *Seminars in Nephrology* 24; 607–615.

Vogel JP, Ndema HA, Souza JP, Gülmezoglu MA, Dowswell T, Carroli G, Baaqeel HS, Lumbiganon P, Piaggio G, Oladapo OT. (2013) Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reprod Health*. 12;10-19.

Vukmir B. (2006) "Customer satisfaction", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19; 8 – 31.

Waldenström U, Nilsson C-A. (1993). Womens' satisfaction with birth center: a randomized controlled study. *Birth* 20; 3-13

Waldenström U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. (2000). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal care, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth* 27;156-167

Waldenström U. (2003). Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth*, 30: 248–254.

Wedin K, Molin, J, Crang Svalenius EL. (2010). Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care—a pilot study. *Midwifery* 26; 389-393.

Wiegens TA.(2009). The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9;18

Wilde Larsson B, Larsson G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of clinical Nursing*, 11; 681-687.

WHO/UNICEF (2003) Antenatal Care in Developing Countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001.

[[http://www.developmentgoals.org/Maternal\\_Health.html](http://www.developmentgoals.org/Maternal_Health.html)]

WHO/UNICEF global databases 2010. [http://www.childinfo.org/delivery\\_care\\_countrydata.php](http://www.childinfo.org/delivery_care_countrydata.php). Accessed 5 March 2010.)

Öhman S, Grunewald C, Waldenström U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* .17; 148-152.



## 9 TACK

Det är många som har givit mig stöd under min doktorand tid, jag är mycket tacksam för detta. Jag önskar framföra mitt varmaste tack till min huvudhandledare professor Ingegerd Hildingsson, som inspirerat och stött mig under hela mitt avhandlingsarbete. Hon har lärt mig att fokusera på möjligheterna i stället för svårigheterna. Hon har alltid haft något kreativt förslag i bakfickan. Jag tackar även min bihandledare professor Kyllike Christensson för hennes värdefulla kommentarer och att fått ta del av hennes gedigna kunskap har varit mycket värdefullt under dessa år.

Tack Annette Kaplan för att du tidigt uppmuntrade mig och samtidigt provocerade mig, det har lett till denna avhandling. Tack även min lärare från högstadiet Robert Landberg för att du bekräftade alla dina elever inklusive mig.

Min avhandling skulle inte ha kommit till utan alla föräldrar och barnmorskor. Tack för er medverkan och engagemang.

Jag vill också tacka alla kollegor och doktorander på enheten för reproduktiv hälsa, ett speciellt tack till min rumskamrat Malin Söderberg för våra filosofiska samtal och Li This Lagergren, kollegorna Iris Ronnevi, Barbro Hedman och Charlotte Ovesen för ert stöd. Lisbeth Johnels och Mats Berggren är två viktiga personer som gärna har delat med sig av sina åsikter och bidragit med sina kunskaper, tack för detta. Ett stort tack till Lena Von Koch och Astrid Häggblad för er support under denna tid.

Jag vill även tacka min mentor Madeleine Kihlsbeck för värdefullt stöd under dessa år. Tack till Vivian Wahlberg och Familjen Belvén för support.

Min doktorandklass på Nationella forskarskolan har inneburit mycket glädje, att få följa er alla, ett speciellt tack till Birgitta Nordgren och Charlotte Elvander för alla givande stunder och diskussioner om statistiska problem.

Tack till Annika Karlström, Christine Rubertsson, Helena Lindgren, Inga-Maj Andersson, Ingela Rådestad och Margareta Johansson för ert stöd och värdefulla synpunkter under senare delen av min doktorandtid.

Thanks to my mentor Carrie Klima and Debra Bick during my Visiting Scholar Program at University OF Chicago Illinois and Kings College

Thanks to Aleeca Bell for your friendship and giving me insight in epigenetics.

Thanks to Louise Dumas, Helen Haines and Alison Taylor to give me support during this time.

Avslutningsvis önskar jag framföra mitt tack till min familj och mina vänner som på olika sätt uppmuntrat mig under resans gång. Min livskamrat Christer som har visat ett enormt tålamod med mitt ständiga ”prat” om mina studier även mina barn Niklas, Pontus och Josephine som alltid funnits vid min sida. Min solstråle Hilla, tack för att du finns i min närhet.

Tack min käre pappa Lennart som tidigt i mitt liv introducerade mig in i forskarvärlden. Jag tackar även min mamma Sara i himlen för att hon har varit en bra förebild i att man aldrig ska ge upp.

