



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **LÄNGTAN EFTER PROFESSIONELLT STÖD**

En intervjustudie om kvinnors upplevelse av stödet från förlossningsvården när de befinner sig i latensfas

**Isabella Kiuru Bolk &  
Johanna Sjöqvist**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Kristina Rosengren

Titel svensk:	”Längtan efter professionellt stöd – En intervjustudie om kvinnors upplevelse av stödet från förlossningsvården när de befinner sig i latensfas”
Titel engelsk:	”Longing for professional support – An interview study of women’s experiences of support from the labour ward care during the latent phase of labour”
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Kristina Rosengren
Nyckelord:	Förlossning, latensfas, stöd, upplevelse, kvalitativ innehållsanalys, kvinnor.

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Den svenska förlossningsvården bygger på att kvinnan stannar hemma under latensfasen av sin förlossning. Kvinnan ringer barnmorskan på förlossningen för att få stöd och för att i samråd bestämma när det är dags att komma in. Kvinnor har ett behov av stöd under latensfasen, och barnmorskans förhållningssätt gentemot kvinnan är därför nyckeln till att känna trygghet, delaktighet och egenmakt. För att uppnå det behöver barnmorskan vara lyhörd för kvinnan och göra henne delaktig i alla beslut.

**Syfte:** Att undersöka hur kvinnor upplever stödet från förlossningsvården när de befinner sig i latensfasen av förlossningen.

**Metod:** Studien är baserad på intervjuer med 10 kvinnor som rekryterades via sociala medier. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes som analysmetod.

**Resultat:** Två kategorier framkom i resultatet, *Uppfylla vissa krav* och *På tröskeln till en trygg famn*. De bestod av fyra underkategorier; *Att sväva i ovisshet*, *Att inte vara värdig tillträde*, *Att vara i spänd väntan* och *Att önska professionell hjälp*.

**Slutsats:** Födande kvinnor har en längtan efter professionellt stöd, men känner många gånger att platsen där stödet finns är otillgänglig för dem. Stödet som erbjuds via telefon och i fysiska korta möten upplevs ofta som bristfälligt, och kontakten med barnmorskan lever därför inte upp till kvinnornas förväntningar. Kvinnor har behov av stöd även i förlossningens första fas. En ansträngd förlossningsvård bidrar till minskat stöd för dessa kvinnor, därför behöver vården hitta vägar för att möta behoven hos kvinnor i latensfas av sin förlossning.

**Nyckelord:** förlossning, latensfas, stöd, upplevelse, kvalitativ innehållsanalys, kvinnor

## Abstract

**Background:** The Swedish maternity care is based on the women staying at home during the latent phase of labour. The woman calls the midwife at the maternity ward to get support and to decide in consultation when it is time to come in. Women need support during the latent phase of labour, and the midwife's approach towards the woman in labour is therefore the key to feeling safe, involved and empowered. To achieve this, the midwife must be perceptive and involve the woman in all decisions.

**Aim:** To study how women experience the support from the labour ward care during the latent phase of labour.

**Method:** This study is based on interviews with 10 women that were recruited via the social media. Qualitative content analysis with an inductive approach was used as the analysis method.

**Results:** Two categories emerged, *Meet certain requirements* and *On the threshold to a safe embrace*. They consisted of four sub-categories; *To hover in uncertainty*, *To not be worthy of admission*, *To be in tense waiting* and *To wish for professional help*.

**Conclusion:** Birthing women have a longing for professional support but can sometimes feel that the place where they can find support is out of reach for them. The support that is offered over the phone and in short physical meetings is often perceived as deficient, and the contact with the midwife does not live up to women's expectations. Women need support even in the latent phase. Strained maternity care leads to reduced support for these women and the health care needs to find a solution to meet the needs of women in the latent phase of labour.

**Key words:** childbirth, latent phase of labour, support, experience, qualitative content analysis, women

## Förord

Vi vill rikta ett stort tack till de kvinnor som ville delta i vår studie. Tack för att ni bjöd in oss till era intima och nära berättelser, det har varit ovärderligt. Vi vill också tacka vår handledare Viola Nyman för ett fantastiskt stöd. Tack för fin guidning, givande reflektioner och diskussioner. Du har bidragit med motivation och glädje under arbetets gång.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Bakgrund .....	6
Latensfasen .....	6
Barnmorskans ansvarsområde och roll.....	7
Stöd.....	8
Problemformulering .....	9
Syfte .....	9
Metod .....	10
Design.....	10
Urval .....	10
Datainsamling.....	11
Datanalys .....	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
Resultat.....	13
Uppfylla vissa krav .....	13
Att sväva i ovisshet .....	13
Att inte vara värdig tillträde .....	14
På tröskeln till en trygg famn .....	15
Att vara i spänd väntan .....	15
Att önska professionell hjälp .....	16
Diskussion .....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion .....	19
Slutsats .....	23
Referenslista .....	24
Bilagor	

## Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi identifierat kvinnor i latensfas som en patientgrupp i behov av stöd. Varje dag ringer många kvinnor till förlossningen med oregelbundet värkstatus och en förlossning som är i startgroparna.

I en alltmer pressad förlossningsvård med färre barnmorskor och större fordringar på verksamheten riskerar dessa kvinnor att i allt mindre utsträckning få adekvat stöd.

Förlossningsklinikerna belastas av fler induktioner och kvinnor som söker för minskade fosterrörelser, och de mindre klinikerna har sällan en akutmottagning för gravida och nyförlösta som kan avlasta förlossningsavdelningen. Det finns mindre tid för relationsskapande vård och kontinuerligt stöd under hela födandet. Den centraliserade vårdmodellen, utan differentiering, skapar därtill ett allt större avstånd mellan den gravida och sjukvården, vilket medför att hon ibland måste åka långt för rådgivning och stöd. Som det ser ut idag så ringer kvinnan till förlossningen för att få rådgivning och stöd, men via telefon kan tiden för relationsskapande eller längre samtal vara begränsad, vilket kan leda till bristande stöd. Det finns forskning som belyser kvinnors upplevelser av latensfas och stöd, men det finns behov av att göra en aktuell studie under rådande anspända arbetsförhållanden och i relation till den rådande Covid-19 pandemin. I denna studie kommer den gravida benämnas som kvinna då personerna som deltog i studien pratade om sig själva som kvinnor, även då det finns t ex transmän eller icke-binära som föder barn. Det är vår uppfattning att kvinnor i latensfas är en patientgrupp som riskerar att prioriteras bort, därför är det angeläget att identifiera hur dessa kvinnor upplever stödet från förlossningsvården.

## Bakgrund

### Latensfasen

En förlossning består av olika faser (Lindgren & Wiklund, 2016). Den första fasen kallas för öppningsskedet (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi [SFOG], 2001) och i denna studie ligger fokus på den första fasen. Latensfasen är den tålmodskrävande delen av förlossningsarbetet och det är den enskilda kvinnans upplevelse som avgör när förlossningsarbetet startar (Lindgren & Wiklund, 2016). Karakteristiskt för latensfasen är oregelbundna sammandragningar som har långsam effekt på livmodertappens öppningsgrad (Marowitz, 2014; SFOG, 2001). Det finns dock ingen kliniskt säkerställd metod för att bestämma den exakta tiden för förlossningens start, då endast 60% av kvinnor upplever sammandragningar som det första tecknet på förlossningens start (Gross et. al., 2009). Förutom med sammandragningar kan en förlossning starta med vattniga flytningar, oregelbunden smärta, slemproppens avgång, teckningsblödning, förändrat sömnmönster, symtom från mage och tarm samt olika emotionella tecken (Gross, Hecker, Matteredne, Guenter & Keirse, 2006).

Latensfasens längd varierar då de individuella skillnaderna kan vara stora. För en förstföderska kan denna del av förlossningen vara i upp till 20 timmar (Nordström & Wiklund, 2014), och Friedman definierar latensfasen som förlängd då kvinnan haft oregelbundna värkar i över 20 timmar (Marowitz, 2014). Kvinnor som tidigt i förloppet söker vård och läggs in på förlossningsavdelningen löper större risk för interventioner såsom att ta hål på fosterhinnorna, farmakologisk smärtlindring samt oxytocin i värkstimulerande syfte. Denna grupp kvinnor har även färre spontana förlossningar och de löper större risk för postpartumblödningar och vaginal- och perinealbristningar, därför är rekommendationen till kvinnor i Sverige att stanna hemma till dess att ett större behov av stöd eller smärtlindring uppstår, eller till dess att förlossningen övergått i aktiv fas (Lundgren, Nissen & Berg, 2013).

Förlossningsvården i Sverige vilar på grundtanken att den gravida kvinnan stannar hemma under sin latensfas, och stödet den gravida kan få under det tidiga förlossningsskedet är begränsat. Barnmorskorna upplever att samtal via telefon ger dem en god bild av förlossningens progress genom att de kan höra kvinnan, och att de nödvändigtvis inte behöver se kvinnan för att kunna göra en bedömning. De vill höra kvinnan under en värk för att se hur hon påverkas av den (Spiby, Walsh, Green, Crompton & Bugg, 2014).

Handläggningen av den normala förlossningen har ändrats över tid, och i enlighet med de svenska riktlinjerna ska förlossningens fas avgöras utifrån en individuell bedömning där modermunnens öppningsgrad, värkarbete samt behov av stöd och eventuell smärtlindring bedöms (SFOG, 2021). Enligt de nya riktlinjerna som utgavs under 2021 beräknas kvinnan vara i aktivt förlossningsarbete då hon har regelbundna värkar som är mer smärtsamma än under latensfasen, och att den inre modermunnen har en öppningsgrad på  $\geq$  fem centimeter (SFOG, 2021). Det är barnmorskans ansvar att självständigt handlägga dessa bedömningar vid normal förlossning.

## Barnmorskans ansvarsområde och roll

Barnmorskan ska i sin professionella roll använda sig av evidensbaserad kunskap vid handläggning av förlossningen, oavsett miljö, och kan på detta sätt försäkra sig om att kvinnan får säker, trygg och respektfull vård (SFS 2014:821). Kvinnanoar rätt att delta aktivt i alla beslut som berör hennes vård, och barnmorskan ska uppmuntra henne att föra sin talan i frågor som berör hennes hälsa, och på så vis säkra kvinnans rätt att vara delaktig i sin vård (International Confederation of Midwives [ICM], 2014b).

Barnmorskor, kvinnor och beslutsfattare ska samarbeta och tillsammans definiera vilka vårdbehov kvinnor har, och därefter fördela och prioritera vården samtidigt som den ska vara tillgänglig (ICM, 2014b). Verksamheten ska bedrivas utifrån kvinnans behov av trygghet och kontinuitet, samtidigt som den är kostnadseffektiv (SFS 2017:30). För att uppnå en förlossningsvård av god kvalitet, så behöver verksamheten kunna garantera att kvinnor får en personcentrerad och säker vård. Vidare ska verksamheten fördela resurser så att vården är effektiv, där kvinnan inte ska behöva riskera långa och potentiellt skadliga väntetider (World health organisation [WHO], 2016). Barnmorskan ska i syfte att främja kvinnor hälsa, delta i utvecklingsarbeten samt genomföranden av nya riktlinjer (ICM, 2014b). Vidare är det vårdgivarens skyldighet att planera, leda och utvärdera verksamheten så att kraven på god vård uppfylls, samt utforma vården på ett sådant sätt att risken för vårdskada minskar (SFS 2010:659). För att uppnå detta finns i varje verksamhet en person vars ansvar är att leda och fördela vården. Denna person ansvarar även för att utveckla och implementera lämpliga riktlinjer och arbetssätt för att på så vis kvalitetssäkra vården (WHO, 2016).

En tillitsfull relation till barnmorskan ger kvinnor större självförtroende, och att känna trygghet är kopplat till en positiv upplevelse av förlossningen och att barnmorskan skapar en god relation är en avgörande del av detta (Aannestad, Herstad & Severinsson, 2020; Hallam, Howard, Locke & Thomas, 2016; McNelis, 2013; Cornally, Butler, Murphy & Rath, 2014). ICM (2014a) understryker vikten av att det är barnmorskan som ansvarar för att upprätta ett partnerskap med kvinnan som är personligt, respektfullt, kontinuerligt och icke auktoritärt.

Barnmorskan är, i relation med kvinnan, ansvarig för att skapa en professionell intimitet där hon bör ha en balans mellan närhet och tillräcklig distans om det behövs. Barnmorskan utövar inte kontroll eller makt utan säkerställer att den födande kvinnan känner egenmakt. För kvinnan är det betydelsefullt att barnmorskan är genuin i sitt sätt att vara (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996). Det genuina kan förstås som ett autentiskt, okonstlat och sant sätt och handlar om att barnmorskan också är genuin och sann mot sig själv för att kunna visa det gentemot den hon vårdar (Berg, 2005).

Kvinnan och barnmorskan har en asymmetrisk maktrelation där barnmorskan är den som beslutar om kvinnan får komma in eller stanna på förlossningen, och där kvinnan har en förväntan om att få en känslomässig kontakt med barnmorskan under det första mötet (Nyman, Downe & Berg, 2011). Barnmorskan bör bjuda in till och skapa en ömsesidighet där hon är 'med kvinnan' i barnafödandet. Denna relation ska karaktäriseras av

jämlikhet (Berg & Lundgren, 2007; Bradfield, Duggan, Hauck & Kelly, 2019; Bradfield, Duggan, Hauck & Kelly, 2018; Lyckestam Thelin, Lundgren & Hermansson, 2014).

## Stöd

Stöd kan se olika ut beroende på kontext. Det kan handla om att ge styrka, uppmuntra och att visa genuint intresse, eller om att hjälpa en annan människa genom att vara närvarande. Stöd innebär att hjälpa en annan människa att bära delar av, eller hela bördan av, någonting (Stoltz, Andersson & Willman, 2007). Historiskt har kvinnor fött barn hemma med andra kvinnor som stöd. Under mitten av 1900-talet flyttades förlossningen från hemmet till sjukhuset, och det kontinuerliga stödet avvecklades i takt med att vården blev mer rutinmässig och mindre anpassad efter den enskilda kvinnans behov. Den idag fortsatt rutinmässiga vården har gjort att kraven om återinförande av one-to-one care växt fram (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). Med one-to-one care menas att en barnmorska är ansvarig för en födande åt gången, och att den födande har rätt till kontinuerligt stöd (Sosa, Crozier & Stockl, 2018). I Storbritannien finns nationella riktlinjer som fastslår att en kvinna under aktiv förlossning har rätt till one-to-one care, medan sådan reglering saknas i den svenska förlossningsvården (Lundgren & Berg, 2016).

För att den totala förlossningsupplevelsen ska upplevas som positiv så spelar flera stödjande faktorer in, bland annat hur närvarade barnmorskan är, hur relationen mellan barnmorskan och kvinnan är, samt om kvinnan upplever att hon får vara delaktig i beslut som rör hennes kropp (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). Det kontinuerliga stödet har smärtlindrande effekt och kan minska risken för interventioner (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012; Lundgren & Berg, 2016), samtidigt som den fysiska närvaron kan leda till en känsla av trygghet och kontroll (Lunda, Minnie & Benadé, 2018).

Barnmorskans stödjande roll består av det fysiska och emotionella stödet. Det fysiska stödet handlar om att hjälpa kvinnan att lindra smärta till exempel genom massage eller att guida henne i olika andningstekniker för att på så vis minska smärta och skapa lugn. Att uppmuntra och hjälpa till med rörelse och lägesändringar är också stöd (Lunda, Minnie & Benadé, 2018). Ett gott emotionellt stöd ger kvinnan ökad tilltro till sig själv och sin kropps förmåga att föda barn. Den emotionella delen innefattar uppmuntran, bekräftelse och att vara lyhörd för kvinnans rädslor och behov (Lunda, Minnie & Benadé, 2018). Genom att tillgodose behovet av emotionellt stöd kan rädsla och ångest minska (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). God kommunikation, information och att göra kvinnan delaktig är också en del i barnmorskans stödjande roll (Lunda, Minnie & Benadé, 2018).

Barnmorskans stöd utgör kärnan i den professionella rollen, och innebär att hon inom ramen för professionens kunskapsfält ska erbjuda stöd till den enskilda kvinnan och familjen (Lundgren & Berg, 2016). Vid vilken tidpunkt under förlossningen och på vilket sätt barnmorskans stöd behövs varierar från individ till individ. Dock är det vanligt att känna ett större behov när den aktiva fasen av förlossningen startat (Lundgren & Berg, 2016). Eftersom barnmorskor i förlossningsvården ofta har ansvar för mer än en födande kvinna samtidigt, så har barnmorskans tillgänglighet och förmåga att ge effektivt och kontinuerligt stöd ifrågasatts (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). WHO (2016) betonar att alla kvinnor

har rätt till stöd under förlossningen för att på så sätt stärka hennes tilltro till förmågan att kunna föda sitt barn.

## Problemformulering

En förlossning består av olika faser och börjar med latensfasen som är en tålamodskrävande tid för den gravida kvinnan, och det vanligaste i Sverige idag är att kvinnor genomgår sin latensfas i hemmet. Under förlossningen har de flesta kvinnor ett stort behov av stöd för att känna trygghet och öka sin tilltro till den egna kroppen och dess förmåga att föda barn. Stöd kan minska antalet interventioner, postpartumblödningar och bristningar samtidigt som det kan vara smärtlindrande. Därför är det av vikt att kunna erbjuda adekvat stöd under latensfasen, och det är barnmorskans ansvar är att tillgodose kvinnans behov av stöd och vara lyhörd inför hennes behov och tankar.

Barnmorskan och kvinnan har en asymmetrisk relation, vilket barnmorskan bör ha i åtanke i mötet med den gravida, för att på så vis kunna göra kvinnan delaktig i de beslut som tas och därigenom få henne att känna trygghet och egenmakt.

Alla kvinnor har rätt till stöd under sin förlossning och det är verksamhetens skyldighet att utforma vården på ett lämpligt sätt och göra den lättillgänglig för att gravida kvinnor ska kunna känna trygghet och delaktighet. Kvinnor i latensfas riskerar att få bristande eller uteblivet stöd, varför detta examensarbete är aktuellt.

## Syfte

Syftet är att beskriva hur kvinnor upplever stödet från förlossningsvården när de befinner sig i latensfasen av förlossningen.

## Metod

### Design

Studien är en kvalitativ intervjustudie där tio kvinnor intervjuades med induktiv ansats där de fick en öppen fråga. Kvalitativ metod är lämplig om man ämnar beskriva människors erfarenheter, upplevelser och tankar (Malterud, 2014), vilket stämde överens med studiens syfte. Genom att börja med en öppen fråga kan informanten prata fritt. Denna får vara ledande och genom hennes associationer kan en djupare förståelse nås, som går bortom vår egen förförståelse, fantasi och kategorisering (Morse & Field, 1995). Detta uppmuntrar informanten att genom eget narrativ, belysa fenomenet och fokusera på det som de själva upplever som angeläget att berätta (Polit & Beck, 2016). Metoden som valdes för dataanalys var kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

### Urval

Kvinnor som fött barn för tre – tolv månader sedan tillfrågades om delaktighet i studien. En informationstext publicerades i tre olika Facebookgrupper för nyblivna föräldrar med syfte att rekrytera informanter (bilaga 1). Rekrytering skedde via bekvämlighetsurval, vilket är en vanlig metod för att rekrytera samt är ett relativt lätt sätt (Seita, 2016). De informanter som först skickade in samtycke samt kvalificerade enligt inklusions- och exklusionskriterier valdes ut för intervju. Inklusionskriterier för deltagande var att kvinnan skulle ha en simplexgraviditet och att förlossningen skulle ha skett efter vecka 37+0, det vill säga i fullgången tid. Förlossningen skulle ha startat spontant och kvinnorna skulle ha en självupplevd lång latensfas. Exklusionskriterier för deltagande var om kvinnan hade en duplexgraviditet. Vidare exkluderades induktioner och elektiva kejsarsnitt.

Tre omgångar av informantrekrytering utfördes. I det första hörde initialt 16 kvinnor av sig och uttryckte intresse att delta. En informant föll bort då hon inte hade förstått innebörden av latensfas och då valde att inte delta. Femton kvinnor erbjöds vidare information brevlades varav 14 tackade ja och mottog en informationsblankett (bilaga 2), samtyckesblankett (bilaga 3) samt ett frankerat kuvert att använda för att returnera det skriftliga godkännandet. Det fanns också möjlighet att skicka tillbaka samtyckesblanketten scannad eller fotograferad via mail.

En vecka efter det primära utskicket hade endast två kvinnor återkommit med samtycke, varpå ett sekundärt utskick gjordes till tre kvinnor som hade hört av sig och önskat vara med i studien. En ytterligare påminnelse gjordes till de kvinnor som fått utskick men ej ännu skickat in samtycke.

Totalt deltog åtta kvinnor i en intervju. Efter åtta genomförda intervjuer ansågs mättnaden inte vara tillräcklig på grund av att några av intervjuerna var kring tio minuter långa. Intervjuernas längd varierade, där den längsta var 43 minuter och den kortaste var nio minuter. Därför

rekryterades ytterligare två informanter som hade hört av sig efter det sekundära utskicket. Totalt har tio intervjuer genomförts, transkriberats och analyserats. Kvinnorna bodde i olika delar av Sverige, var mellan 24 till 31 år gamla och för majoriteten av kvinnorna var detta deras första barn. Vid intervjun hade det gått fyra till nio månader sedan förlossningen. Detta kan ses som en relativt god spridning av informanter vilket har betydelse för trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004).

## Datinsamling

Informanterna själva ombads ange en plats för intervjun, om de ville intervjuas via zoom, telefon eller valfri plats. Informanterna fick själva bestämma hur och när intervjun skulle ske för att det skulle kännas tryggt för dem. Intervjuerna spelades in på diktafon och transkriberades ordagrant. Intervjuerna var ostrukturerade intervjuer som inleddes med en öppen fråga: "Kan du berätta om din upplevelse av stödet från vården när du var i latensfas?". Spontana följdfrågor ställdes, till exempel "Hur menar du då?", "Vill du berätta mer om det?", "Kan vi gå tillbaka till det du sa innan.." eller "Kan du beskriva ytterligare.." utifrån det informanten sa för att på så vis få fördjupad förståelse för fenomenet. Spontana följdfrågor kan användas för att få informanten att utveckla sitt svar och väl valda sådana kan ge validitet till datan då det kan förtydliga för informanten (Bolderston, 2012). Alla intervjuer avslutades med frågan "Är det något mer du vill berätta", vilket kan vara ett bra sätt att få ytterligare data (Bolderston, 2012). De första intervjuerna utfördes ihop, där en person intervjuade och den andra var observatör. Åtta intervjuer utfördes enskilt och transkriberades även av samma person som genomförde intervjun. Transkribering skedde i direkt anslutning till intervjun, deltagarnas namn avidentifierades och ljudfilerna raderades för att värna om informanternas rätt till sekretess och deras integritet.

## Datanalys

I enlighet med kvalitativ innehållsanalys som metod, insamlades data genom intervjuer där upplevelsen av stöd i latensfas beskrevs. En induktiv ansats valdes och denna kan på ett bra sätt hjälpa till att belysa innebörden i en text. Vid användning av kvalitativ innehållsanalys är fokus att finna likheter och skillnader i materialet, för att genom dessa sedan skapa kategorier och underkategorier. Vid tolkning av data togs hänsyn till det kontextuella sammanhang de kondenserade meningarna fanns i för att inte förlora essensen i materialet (Graneheim & Lundman, 2004).

Första steget i analysprocessen var att de inspelade intervjuerna transkriberades och lästes flera gånger för att få en helhetsbild av materialets innehåll. Därefter extraherades meningsbärande enheter ur texten som svarade mot syftet. I nästa steg kondenserades de meningsbärande enheterna för att få en kortare och mer lätthanterlig text men så att materialets innebörd bevarades. Vid analysen lästes texten utifrån dess manifesta innehåll. Både manifest och latent analys innebär en tolkning av texten, men skiljer sig i sin abstraktionsnivå (Graneheim & Lundman, 2004). Likheter och skillnader i textens innebörd identifierades och underkategorier och kategorier bildades (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen genomfördes tillsammans och med stöd av handledare. Citat har valts för att

tydliggöra budskap som beskrevs av informanterna. De citerade informanterna har benämns som informant ett - tio (I1-I10).

Tabell 1 Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kategori
Det kändes nästan lite som att de förväntade sig att jag skulle klara av det, det här med latensfasen. Och sen när det väl var aktiv förlossning, då var det liksom "okej kom in, nu får du komma in och föda barn" liksom.	De förväntade sig att jag skulle klara av latensfasen själv. När jag var i aktiv förlossning så var jag välkommen.	Uppfylla vissa krav

## Forskningsetiska överväganden

Etiskt godkännande för denna intervjustudie var inte nödvändigt då det är ett studentarbete och därför inte innefattar några personuppgifter. I enlighet med etikprovninglagen (SFS 2003:460) har inga personuppgifter inhämtats, medan samtycke till deltagande har inhämtats från samtliga informanter innan studien påbörjats. I denna lag framgår även att studentarbeten som hålls inom universitetsutbildningens ramar inte omfattas, och därför inte behöver ett etiskt godkännande. Vården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) kontinuerligt utvecklas för att säkra god kvalitet, vilket gör detta arbete aktuellt eftersom det ger en inblick i kvinnors upplevelse av stödet från förlossningsvården idag. God forskningsetik enligt vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) har följts under arbetes gång.

I patientlagen beskrivs patientens rätt till självbestämmande och integritet. Vidare beskrivs att ett samtycke från patienten kan lämnas skriftligt eller muntligt, efter att hen fått noggrann information samt att ett samtycke när som helst kan dras tillbaka (SFS 2014:821). I enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) vad gäller informationskrav, konfidentialitetskrav, nyttjandekrav och samtyckeskrav, har samtliga deltagare i studien fått muntlig information om studien, sekretess, personuppgifter samt om samtycke och deras rättighet att dra tillbaka samtycke utan att ange varför. All information har även delgivits deltagarna skriftligt (bilaga 2), tillsammans med samtyckesblanketten (bilaga 3). I den skriftliga informationen beskrevs även att intervjuens ämne kunde vara av känslig karaktär och att det fanns möjlighet att få samtalsstöd förmedlad om informanterna upplevde att det behovet uppstod i anslutning till deltagandet. En samtyckesblankett skyddar studiens deltagare genom att säkerställa att de är införstådda med syftet och genom att framhålla att inget tvång föreligger. Genom att värna om individens integritet, värdighet, säkerhet, hälsa och möjlighet till självbestämmande skyddas deltagaren, vilket är ett ansvar som åligger den som genomför en studie eller ett examensarbete (Helsingforsdeklarationen, 2013).

Det fanns risk för att förförståelsen skulle påverka tolkningen av materialet, vilka följdfrågor som ställdes till informanterna, och på så vis influerat vilken riktning informanternas narrativ tog. För att minimera denna risk har detta diskuterats aktivt både före och efter varje intervju. Då det fanns en variation i vem som utförde intervjuerna samt att båda har läst igenom och bearbetat allt material, minskade risken för att data skulle påverkas och således även resultatet.

## Resultat

I resultatet framkom två kategorier: *Uppfylla vissa krav* och *På tröskeln till en trygg famn*. Fyra underkategorier identifierades: *Att sväva i ovisshet*, *Att inte vara värdig tillträde*, *Att vara i spänd väntan* och *Att önska professionell hjälp*. Kategorier och underkategorier presenteras nedan i tabell 2.

Tabell 2 Redovisning av underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
Att sväva i ovisshet Att inte vara värdig tillträde	Uppfylla vissa krav
Att vara i spänd väntan Att önska professionell hjälp	På tröskeln till en trygg famn

### Uppfylla vissa krav

#### Att sväva i ovisshet

Kvinnorna upplevde en verklighet där de kände att de inte visste något. De kände sig nya inför födandet, och de flesta informanterna fick sitt första barn. De kände en förvirring där de inte litade på sin egen känsla kring när förlossningen var igång. Detta gjorde även att de i efterhand hade svårt att säga om deras latensfas skulle räknas som lång eller inte. Det upplevdes förvirrande att ha värkar men inte veta i vilken fas de befann sig vilket gjorde det svårt att navigera och skapade rädsla.

*“Jag blev mottagen liksom.. med information och så. Men jag bad ju.. alltså jag bad ju många gånger om att liksom få en förklaring på hur jag skulle känna och hur jag skulle veta när det hände något eller när det förändrades. Och det var som ingen som ville svara på det.*

*Jag fick ju höra att 'du kommer veta när det är dags och det är annorlunda och då kan du komma in' ” (I10)*

Att inte veta hur länge de skulle ha ont var påfrestande. En kvinna beskrev hur hon först i efterhand förstod hur viktig vilan var, något hon inte kunde förstå mitt upp i sitt latent värkarbete. Ju längre tid latensfasen pågick, beskrev kvinnor också en ökande känsla av att inte förstå situationen. Att börja med positiva känslor men, i takt med att tiden gick och ovissheten ökade, hamnade de i en negativ spiral där de började ifrågasätta sin egen förmåga att klara av att föda. De levde i ett vakuum där varken de eller vårdpersonalen visste när förlossningen skulle börja. Kvinnorna undrade vad som hände och ville få information kring om allt stod rätt till och om det var normalt förlopp. De hade ont utan att veta hur länge det skulle pågå, och det var svårt att hålla modet uppe när inte heller barnmorskan på förlossningen kunde bidra med några svar.

*”Och då sa hon [barnmorskan] ju att 'Det låter som att det är nära men att för förstföderskor kan det gå upp till en vecka, och att det är ju jobbigt'. Och egentligen så tyckte jag inte typ att smärtan så var jobbig, utan mer den här typ ovissheten [...]” (I6)*

### **Att inte vara värdig tillträde**

Kvinnorna beskrev att vårdens stöd kändes otillgänglig för dem. De beskrev hur de konsekvent fick information om att det fanns vissa krav för att få komma till förlossningen som de var tvungna att leva upp till. De behövde ha regelbundna värkar, och fick höra att så länge värkarna inte hade regelbundenhet så gjorde de ingen större nytta. De fick information om att de behövde ha tre värkar på tio minuter, vilket upplevdes av kvinnorna som problematiskt. Vissa av kvinnorna fick aldrig tre värkar på tio minuter under sitt förlossningsarbete, kunde de berätta. En kvinna beskrev att hon hade väntat på det så hade hon fött sitt barn hemma, eftersom det aldrig blev så tätt som tre värkar på tio minuter under förlossningen. Kvinnorna upplevde att tre värkar på tio minuter var ett hinder för att få det stöd de längtade efter. Det fanns en stark förväntan på dem att de skulle hantera latensfasen själva och att de inte var välkomna så länge de inte var i aktiv förlossning.

*“Man har ju den här mallen lite att man ska vara.. Eller att man ska ha 3-4 värkar på 10 min för att det ska vara då värt att åka in, och hade jag väntat till det då hade ju jag.. Ja men fött hemma tror jag nästan.” (I5)*

*“Det känns lite som att det är ett systemfel snarare än att man [barnmorskan] missar något. Om man har en regel att man inte får komma in förrän fyra centimeter, ja då är det ju en regel.” (I2)*

Kvinnorna beskrev att de i kontakt via telefon och i personliga möten kunde känna att de fick standardsvar och bedömdes som bara en i mängden födande kvinnor. De uttryckte att det var meningslöst att ta kontakt med vården eftersom den bara erbjöd samma svar. De beskrev känslor som förminskning och skam när de fick detta standardiserade bemötande. En känsla av att deras egna upplevelser blev ogiltigförklarade av vården. De kontaktade vården och försökte beskriva sin smärta och fick till svar att förlossningen inte var i gång och att de skulle

ta två Alvedon och gå och lägga sig. Detta gjorde att de kände sig missförstådda genom att barnmorskan sa saker som att smärtan skulle bli mycket värre eller att kvinnan skulle känna när det var igång på riktigt. Att då hantera värkarna hemma blev svårare. Kvinnorna upplevde också att det låg en press på dem att uttrycka sig på rätt sätt och att ge rätt svar till barnmorskan. Detta kunde vara problematiskt för kvinnor som vanligtvis inte uttryckte sin smärta utåt. Det blev svårt att behöva bevisa hur ont de hade och ledde till att barnmorskan felbedömde dem och inte tog deras upplevelse på allvar. Även kvinnor som var mer expressiva med sin smärta tyckte att det var svårt att på telefon göra sig förstådda. De hade förståelse för att det inte var lätt för barnmorskan att bedöma deras smärta, men kände också att det var jobbigt att bli bedömd och stå till svars. Kvinnorna upplevde att det var deras ansvar att säga rätt saker för att barnmorskan skulle kunna göra rätt bedömning. De kände sig ängsliga och stressade av samtalet, och menade att denna stress ledde till att värkarna ofta avtog under samtalet. Det var bland annat rädsla för att bli uppfattad som en person som ringer för småsaker. De upplevde också en hög anspänning av det faktum att de skulle ringa en främling på telefonen och berätta personliga saker. Kvinnorna kunde känna sig misstrodda och som att barnmorskan tyckte att de överdrev eller inte helt talade sanning. Kvinnorna kände att de behövde formulera sig på rätt sätt och säga rätt saker för att kunna passa in i barnmorskans standardiserade samtalsätt.

*“Deras reaktioner på mina svar var att dom var lite så avfärdande. Att jag hade fel svar, så kändes det. Och eftersom att det blev så första samtalet så var det nog det som gjorde att jag kände att jag verkligen måste bevisa hur ont det gör eller hur det känns. Nästa gång jag ringde så kände jag också att mina svar var fel och att de blev avfärdade som att jag inte uppfyllde kriterierna. Det var väl det som gjorde att jag kände mig lite liten, som att dom hade bättre koll på min förmåga eller känsla än vad jag hade.” (I10)*

## På tröskeln till en trygg famn

### **Att vara i spänd väntan**

Kvinnorna beskrev hur de kände en spänd väntan. De kände en vanmakt inför hur de skulle kunna hantera värkarna och upplevde att det var tungt och psykiskt påfrestande att vara hemma. Detta hörde ihop med att de också kände en maktlöshet inför vården, som de upplevde inte gav dem den hjälp eller stöd de behövde. Kvinnorna beskrev att de var i en utsatt situation och att avgörandet för att få stöd låg hos barnmorskan. De beskrev att vad barnmorskan sa och hur hon sa det kunde få kvinnorna att känna sig svaga och som att inte ens klarade latensfasen på egen hand hemma. Vården uppmanade dem till tålamod och att vänta på starkare och tätare värkar, men kvinnorna upplevde att det inte fanns något lugn och stöd att hitta i hemmet, vilket de kände att de fick inne på förlossningen.

*“Här ligger ju all makt i händerna på den man ringer till på något sätt. Så att man känner sig rätt liten liksom. Men det värsta var nog för mig att, när jag kände mig missförstådd. När det inte kändes som att hon riktigt förstod. För då blev det liksom som en rädslobit i det också. Så det var nog det värsta.” (I8)*

Vårdens stöd kunde även kännas otillgängligt på grund av platsbrist och kvinnorna var maktlösa inför detta. De beskrev att de blev hemskickade för att det var fullt, trots att den enskilda barnmorskan gärna hade låtit dem stanna. Kvinnorna beskrev även att de upplevde personalen som stressad och att det påverkade stödet de fick. Känslan av att vara en börda och att inte vilja belasta vårdpersonalen kunde vara en anledning till att avstå från att ringa till förlossningen. Att hantera värkarna hemma upplevdes som att lämnas ensam och isolerad även om partnern fanns nära till hands. Barnmorskans råd om att vänta hemma oroade då kvinnans upplevelse var att något skulle kunna vara fel men ingen ville kolla upp det.

*“Och då kände väl jag lite såhär att ‘jag har hur ont som helst och blir hemskickad. Och vi har ganska långt, och vi skulle bli hämtade av min mans föräldrar och dom kom en timme senare så vi fick sitta ute i korridoren och vänta, för det fanns ingen plats, förstås. Och där, jag försökte hålla mig såhär ‘det är andra som behöver den här platsen, så jag kan inte ha det här rummet’. Men jag hade jätteont, hade gärna velat ha något mer stöd och smärtstillning än en alvedon” (I7)*

### **Att önska professionell hjälp**

Personalen på förlossningen stod för en trygghet, kunskap och erfarenhet som kvinnorna kände att de själva saknade. Personalen förstod vad som hände under förlossningsprocessen och kvinnorna kände att det var tryggt att vara på förlossningen om något oväntat skulle inträffa. Kvinnorna kontaktade förlossningen för att få bekräftelse och för att de kände behov av stöd. De beskrev att de inte söker stöd i onödan, så när de ringde förlossningen så kändes det behovet stort. De uttryckte en önskan om längre, stödjande samtal för att kunna stanna hemma och de saknade någonstans att vända sig för att kunna få det. Värkarna blev svåra att hantera och kvinnorna önskade en räddning av vården.

*“Vi kommer ju ingenstans, vi kommer inte ens ut till rondellen ut från sjukhuset för att vi var tvungna att stanna hela tiden. Så vi beslutar oss att okej, vi åker tillbaka. Vi kanske får hänga lite på sjukhusområdet då. Så att vi hängde ju vid parkeringen.” (I2)*

Det kändes bättre att åka in till förlossningen än att stanna hemma, trots att de var medvetna om risken att bli hemskickade. De kände däremot känslor av att duga som föderskor när de fick stanna på förlossningen. Att få stanna innebar att känna sig mindre liten och skamsen. Det innebar för dem att vården såg helheten och förstod att kvinnorna behövde stanna trots att de inte var i den aktiva fasen av förlossningen. Detta innebar för dem att barnmorskan gjorde avsteg från det regelverk kvinnorna uppfattade fanns på plats. Att få vara på, eller nära, förlossningsavdelningen och därmed tryggheten, och att få stöd gjorde att värkarna blev lättare att hantera. De upplevde att det blev lättare att fokusera på andningen och att det hjälpte dem att må bättre. De kvinnor som inte fick stanna på förlossningen kunde också känna dessa känslor och beskrev att de fick information och kände sig trygga och förstådda av att ha fått träffa någon fysiskt. När de inte fick professionellt stöd fick partner eller kvinnans föräldrar agera ställföreträdande för vården avseende stödet, men det kändes otillräckligt.

*“Då vill man ha någon som stöd, det är det som är det viktigaste. Att någon tar en på allvar och att man känner att man blir tagen på allvar. Det är väldigt viktigt just det. Och sen kan*

*man välja om man vill ha smärtlindring eller inte. Men bara att någon ser eller hör.. Att du går igenom eller har det tufft.” (I4)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

En studie anses enligt Graneheim och Lundman (2004) ha trovärdighet då datainsamlingen samt analysprocessen är relevant för att uppnå studiens syfte. Då målet med studien var att genom intervjuer beskriva kvinnors upplevelse av stöd från förlossningsvården under latensfasen valdes därför kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som metod. Vald metod var lämplig eftersom textmaterial skulle analyseras och där innebörden i texten hade betydelse. Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys kunde resultatet presenteras på ett strukturerat och lättöverskådligt sätt (Graneheim & Lundman, 2004). På grund av liten erfarenhet av intervjuande och analys av text var kvalitativ innehållsanalys en lämplig metod att använda då den bidrar med en struktur för arbetet med analysen.

Valet av informanter har en betydande roll vad gäller en studies trovärdighet och även överförbarheten. Genom att välja informanter från olika delar av landet, olika åldrar och olika erfarenheter så kan studiens trovärdighet och överförbarhet höjas (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom informanterna kom från spridda delar av Sverige, samt att de var stort åldersspann, tyder på att situationen sett likadan ut oavsett vart i landet vården givits, samt att åldern inte nödvändigtvis var av betydelse för upplevelsen av stödet.

Det är upp till den enskilda läsaren att avgöra om ett specifikt resultat är överförbart till en annan situation eller grupp (Graneheim & Lundman, 2004). Att tydliggöra informanternas bakgrund så exempelvis ålder och vart i landet de bor, samt hur data samlats in och analyserats, kan bidra till att underlätta detta för läsaren. För ytterligare djup, trovärdigt och överförbarhet så valdes flera citat ut till resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Tillförlitligheten kan påverkas av tidsspannet som en studie pågår under då exempelvis intervjuteknik och hur följdfrågor utformas kan ändras under tiden en studie pågår då intervjupersonen får mer kunskap under tidens gång (Graneheim & Lundman, 2004). Då denna studie endast genomförts under en kortare period så sågs ingen risk för påverkan av materialet.

Initialt önskades sju-åtta intervjuer, men efter åtta genomförda intervjuer ansågs inte materialet vara helt mättat då de första var något korta. Därför genomfördes ytterligare två intervjuer. För att informanterna skulle kunna prata fritt och berätta om sina unika upplevelser var det lämpligt att börja med en öppen fråga för att få en djupare förståelse av fenomenet (Morse & Field, 1995). Genom en öppen fråga kunde informanterna uppmuntras att med egna ord beskriva fenomenet och därmed berätta det som denne ansåg var viktigt i berättelsen (Polit & Beck, 2016). Följdfrågor ställdes under intervjuens gång för att få kvinnorna att ytterligare utveckla sina svar.

Tanken med tidsintervallet sedan förlossningen var att upplevelserna skulle vara färska i minnet samtidigt som kvinnorna skulle ha landat i den nya rollen som nybliven mamma. Längre tid som förflutit efter förlossningen kan eventuellt vara en negativ faktor och försämra studiens kvalitet, eftersom tiden är en faktor som kan leda till mindre detaljerat minne kring latensfasen av förlossningen. De kvinnor som rekryterades till studien hade fött barn för fyra till nio månader sedan, vilket gjorde att informationen som informanterna delade var god och detaljerad.

Deltagandet i studien byggde på att kvinnorna av egen fri vilja ville delta. En förfrågan publicerades i tre Facebookgrupper för nyblivna föräldrar, där kvinnorna fick chansen att visa sitt intresse för att delta i en intervju. I enlighet med vetenskapsrådets forskningsetiska principer måste de personer som ingår i en studie ingå helt frivilligt, de måste även få kontinuerlig information och lämna ett samtycke (2002). Eftersom kvinnorna själva tog initiativ till kontakt för mer information och deltagande, så anses de ha gjort detta av fri vilja. Riktlinjerna kring information och samtycke har följts noga.

För att bedöma rekryteringen av informanter kan hänsyn tas till lämplighet och tillräcklighet (Morse & Field, 2002). Användandet av den medicinska termen latensfas i det inlägg som publicerades på sociala medier kan eventuellt ha påverkat rekryteringen genom ett bortfall av informanter som inte förstod vad ordet latensfas innebar. Lämplighet innebär användande av de informanter som bäst kan besvara syftet till studien (Morse & Field, 2002). Det kan inte uteslutas att studien förlorat informanter med god lämplighet genom användandet av medicinsk term. Trots denna risk har ett önskvärt antal informanter samt datamättnad uppnåtts. I enlighet med begreppet tillräcklighet har rekryteringen bidragit med data rik på detaljerade beskrivningar för att beskriva det valda syftet (Morse & Field, 2002).

Hälften av intervjuerna genomfördes via telefon, och den andra hälften via videosamtal. I de intervjuer som genomfördes via videomöte skapades en djupare dialog där både intervjupersonen och informanten kommunicerade med kroppsspråk och ansiktsuttryck utöver den verbala kommunikationen. Graneheim och Lundman (2004) beskriver vikten av den icke-verbala kommunikationen så som kroppsspråk, kroppshållning och ansiktsuttryck, samt att den har stor betydelse för meningen i budskapet. Att se varandra under intervjun skapade ytterligare en dimension till dialogen. I dessa intervjuer upplevdes samtalet flyta lättare och dessa intervjuer blev också längre. Att ha en intervju eller ett vårdmöte via videosamtal kan bidra med en djupare dimension som är mer jämförbart med det fysiska mötet. Ett digitalt möte kräver dock mer närvaro och engagemang av barnmorskan än ett telefonsamtal (Lindberg, Ohrling & Christensson, 2007). Detta upplevdes som en intressant dimension eftersom det belyser projektet av att testa e-tjänsten digitala vårdmöten inom förlossningsvården, vilket diskuteras vidare i resultatdiskussionen. All data i studien analyserades som en enhet och ingen skillnad i kvaliteten kunde utrönas utifrån huruvida informanterna intervjuades via telefon eller videosamtal, men telefonsamtalen genererade kortare intervjuer.

Den förförståelse som fanns innan studiens start i form av egna erfarenheter eller som personal inom obstetrikern riskerade att påverka resultatet. Detta har diskuterats under studiens gång för att undvika att den egna förförståelsen skulle påverka resultatet. Under hela analysprocessen var fokus att behålla kvinnornas unika upplevelser intakta i materialet

samtidigt som materialet tolkades (Graneheim & Lundman, 2004). Bearbetningen av texten gjordes tillsammans som ett ytterligare steg i att undvika att förförståelsen skulle påverka resultatet för mycket. Viss mån av påverkan av förförståelsen torde vara oundvikligt då intervjuerna innebär en interaktion med mänskliga känslor och upplevelser.

## Resultatdiskussion

I resultatet har ett två kategorier framkommit. Kategorierna differentierades i två underkategorier vardera. Resultatet beskriver de känslor och upplevelser kvinnor hade i kontakten med förlossningsvården. Kvinnor upplever latensfasen som svår att hantera hemma, då de inte vet hur det ska kännas under förlossningens olika faser, samt veta när det är rätt tid att söka professionell vård och stöd. Denna osäkerhet kan leda till känslor som ångest och sårbarhet (Marowitz, 2014). I denna studie deltog kvinnor som ville berätta om sin upplevelse när förlossningsvården inte gav det stöd de önskade då var i början av sin förlossning, varför resultatet mest påvisar det som inte fungerat bra. Det finns självklart andra kvinnor i latensfas som fått det stöd de haft behov av. Det kan antas att kvinnor som haft negativa upplevelser har varit mer angelägna om att berätta om detta jämfört med kvinnor som haft positiva upplevelser.

Att uppfylla kraven för att få vård upplevdes som att vården endast fokuserar på mätbara förutbestämda krav kring hur tätt värkarna skulle vara innan kvinnan kunde få stöd. Enligt de nya riktlinjerna från SFOG (2021) så ska förlossningens progress bedömas individuellt utifrån smärtpåverkan, observationer av förloppet, kvinnans egen upplevelse av värkarna samt hennes behov. Informanterna i denna studie uppgav att barnmorskan inte tyckte sig se någon anledning för kvinnan att komma till förlossningen innan hon hade värkar med ett intervall av tre värkar på tio minuter. Kvinnor i tidig förlossning kan av barnmorskor ses som en grupp som tar resurser från kvinnor som är i aktiv förlossning, vilket kan påverka det bemötande de får (Janssen et. al., 2009). Kvinnorna fick i sökandet efter stöd höra att de skulle känna när förlossningen skulle vara igång på riktigt, och att det skulle göra mycket onare. Detta skapade rädsla och misstro till den egna kroppens förmåga och att inte bli tagen på allvar. Att få berättat för sig att det ska göra onare kan skapa rädsla hos gravida kvinnor och kan ge dem minskat självförtroende till den egna kroppen kapacitet (Wigert et. al., 2019). När kvinnorna fick en vaginal undersökning för att bedöma förlossningens progress så skulle den inre modermunnens öppningsgrad vara minst fyra centimeter för att inskrivning skulle bli aktuellt. Detta ses som en intressant observation med tanke på de nya riktlinjerna som tydligt beskriver att bedömningen ska göras individuellt och utifrån den enskilda kvinnans behov (SFOG, 2021). Vården är fokuserad på det mätbara och diagnostiska, det vill säga tre värkar på tio minuter och livmodertappens öppningsgrad. Förlossningens start kan variera, till exempel kan sömnstörningar eller en molande värk vara en signal för kvinnan att förlossningen kan ha börjat, något har börjat hända som kvinnan kan bedöma som en förlossningsstart. I en jämförande studie upplevde förstföderskor att förlossningen startade två timmar innan vården bedömde att kvinnans förlossning hade börjat, vilket skapar diskrepans mellan kvinnors upplevelse av förlossningens början och vårdens uppfattning av densamma (Gross et. al., 2009).

Att vara på tröskeln till en trygg famn kan ses som en längtan efter professionellt stöd och trygghet. Förlossningsvården idag bygger på att kvinnor uppmanas stanna hemma så länge som möjligt för att minska antalet interventioner, postpartumblödningar och vaginala eller perinealbristningar (Lundgren, Nissen & Berg, 2013). Faktorer som är viktiga för kvinnor när de är i förlossning är att få vara det i en kliniskt, kulturellt och psykologiskt trygg miljö, där de får praktiskt och emotionellt stöd från en födelsepartner. Det är också grundläggande för kvinnor att ha tillgång till kapabel och vänlig personal (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gülmezoglu, 2018). Kvinnor i studien beskrev att de ville stanna hemma och att de förstod vilka fördelar som finns med det, men under väntan, ovissheten och känslan av vanmakt, växte en rädsla fram.

Kvinnor upplever olika platser som trygga under en förlossning. En del känner att hemmet är den tryggaste platsen att vara i, medan andra i stället känner att sjukhuset är den säkra och trygga platsen att befinna sig på, även under latensfasen. Detta eftersom det där finns professionell personal som kan stödja och hjälpa på bästa sätt. Kvinnor känner olika för var den tryggaste platsen är för att vara under latensfasen, vilket beskrivs bero på vilket förhållningssätt som kvinnan själv har till födandet, om de ser det som en medicinsk företeelse eller en naturlig livshändelse (Carlsson, 2016). Kvinnor i denna studie uttryckte just detta, att det var skönt att vara hemma och att inte behöva åka fram och tillbaka till sjukhuset, men samtidigt kändes sjukhuset som den trygga platsen de ville till, men att denna plats inte kändes tillgänglig för dem.

Kvinnor som gått över tiden för beräknat datum för förlossning beskriver sin situation som att vara i limbo, i ett tillstånd av ”varken-eller”, som präglas av negativa känslor och tankar och ouppfyllda förväntningar på vården (Wessberg, Lundgren och Elden, 2017), vilket stämmer överens med det som kvinnorna i denna studie uttryckte kring sin väntan, vanmakt och att sväva i ovisshet. En längtan efter att komma ur tillståndet av att inte veta om de var i den latent eller aktiva fasen av förlossningen. De upplevde att det inte fanns någon garanti för att smärtan skulle upphöra, och saknade stöttning i den svåra, och för många av dem, nya situationen. Till följd av ovissheten blev många av kvinnorna osäkra och tvivlade på sin egen förmåga att senare klara av den aktiva delen av förlossningen. Det är vanligt att latensfasen känns som prövande, och det är för många svårt att hantera latensfasen hemma med en oväntat stark smärta (Marowitz, 2014).

Kvinnor beskrev att smärtan blev lättare att hantera när de fick stöd. Stöd kan ses som bärandet av hela eller delar av en annan människas börda. Stöd kan ses som att hjälpa någon från att falla eller misslyckas, men också att hjälpa en annan människa att härda ut eller stötta denne genom sin närvaro. Stöd kan också abstraheras ytterligare, där man kan se stöd som något relationellt och som skapas ihop, snarare än att se det som en tjänst som kan ges eller fås. Utifrån detta kan bara stöd ges om det finns ett ömsesidigt utbyte mellan två parter där det finns ett skapat utrymme för att uttrycka sina behov (Stoltz, Pilhammar Andersson & Willman, 2007).

Att stödja kvinnor under en förlossning kan se olika ut beroende på vilket stöd den enskilda individen vill ha. Kvinnorna i studien uttryckte tvivel på sin egen förmåga, och önskade stöttning som hade gett dem en ökad tillit till sig själva. Ofta gick kvinnan in i förlossningsarbetet med en känsla av att vara stark, men väntan och ovissheten gjorde att denna känsla byttes mot tvivel på den egna förmågan att klara av situationen. Barnmorskan

kan hjälpa kvinnan att öka sin tilltro till sig själv genom uppmuntran, bekräftelse samt att vara lyhörd inför de rädslor och behov som kvinnan uttrycker (Lunda, Minnie & Benadé, 2018; Wigert et. al., 2019).

Tillgång till stöd gjordes ibland otillgänglig för dem på grund av platsbrist. Kvinnorna beskriver barnmorskorna som stressade och att de själva inte ville belasta vården eftersom de förstod att barnmorskorna hade mycket att göra. Kvinnor känner att de är i en underlägsen position i mötet med förlossningsvården (Nyman, Downe & Berg, 2011) och kvinnor tenderar att vara medgörliga i relation till vad barnmorskor ber dem om (Janssen et. al., 2009). Någon kvinna med värkar beskrev hur hon fick sitta i korridoren och vänta en timme med sin partner då det inte fanns något ledigt rum och framförallt ingen barnmorska som kunde hjälpa henne.

Bilden kring förlossningsvården som rutinstyrd, underbemannad och ansträngd blir ytterligare förstärkt av vad som händer under hösten 2021 när barnmorskor landet runt säger upp sig, barnmorskestudenter avstår att jobba på förlossningen och en allmän debatt i samhället kring förlossningsvården utspelar sig medialt. Hansson, Lundgren, Hensing och Carlsson (2019) menar att förlossningsavdelningen kan upplevas som en bebisfabrik, där brist på personal och högt patientflöde skapar en löpande band-princip, där barnmorskor försöker jobba personcentrerat och vill vara med kvinnan, men hindras av arbetssituationen. I Storbritannien finns lagstadgat att kvinnor har rätt till one-to one-care, medan denna typ av reglering saknas i Sverige (Lundgren & Berg, 2016). Att ge kontinuerligt stöd kan vara svårt för kvinnor att få i dagens vårdssystem.

Ingen av kvinnorna i denna studie tillfrågades om digitala vårdmöten eller om andra alternativ till kontakten med vården, men uppgav själva att de hade önskat att de kunde se barnmorskan som de pratade med i telefonen. De uppgav också att de önskade alternativ till den vård de fick. Ett alternativ kan vara digitala vårdmöten, som skulle kunna bidra till bättre interaktion. Att kunna se varandra underlättar samtalet och möjliggör för barnmorskan att eventuellt kunna guida och stötta kvinnan i hemmet och för kvinnan att eventuellt förstå att hon är tagen på allvar. Digitala vårdmöten kan vara ett värdefullt och kostnadseffektivt alternativ till det fysiska besöket i sjukvården (Zandbelt, de Kanter & Ubbink, 2016). Det är svårt för barnmorskor att via telefon avgöra när rådet att ge är att det är dags för en kvinna i tidigt förlossningsarbete att åka in till sjukhuset. Bedömningen utifrån antal värkar per tio minuter kan vara missvisande för vilken progress förlossningen har, och barnmorskor anser att videosamtal skulle kunna vara ett bra hjälpmedel för en mer korrekt bedömning (Spiby, Faucher, Sands, Roberts & Kennedy, 2019).

Barnmorskor upplever att digitala vårdmöten eventuellt kan bidra till större tillgänglighet och ett bättre stöd för den gravida som söker vård under förlossningsarbetet. Barnmorskor identifierade också att klinikerna kan spara både resurser, tid och pengar genom att införa digitala vårdmöten (Spiby, Faucher, Sands, Roberts & Kennedy, 2019). Barnmorskor upplever också att ett digitalt vårdmöte ger en djupare dimension som nästan är jämförbar med ett fysiskt möte med kvinnan, samtidigt som det kräver större engagemang än ett vanligt telefonsamtal. Barnmorskor kan uppleva implementeringen av videosamtal som positivt för vården (Lindberg, Ohrling & Christensson, 2007). Studier gällande implementeringen av digitala vårdmöten visar på varierande framgång (Vimalananda m.fl., 2020), men Covid 19-pandemin har påverkat utsträckningen av behovet av digital vård och också påverkat utvecklingen av de tekniska lösningarna. Det finns eventuellt också en annan förväntan från

den unga patientgrupp som gravida kvinnor utgör kring att vård ska finnas tillgänglig digitalt. Digitala vårdmöten används redan inom kvinnosjukvården idag, och då framför allt gällande amningsrådgivning. Utifrån den forskning som finns gällande amningsrådgivning är digital vård accepterat av patientgruppen (Habibi m.fl., 2012; Lazenbatt, Sinclair, Salmon & Calvert, 2001; Rojjanasrirat, Nelson & Wambach, 2012).

Det är barnmorskans roll stärka kvinnans tilltro till sin egen kropp och förmågan att föda sitt barn och för att uppnå detta krävs kontinuerligt stöd (WHO, 2016). Lundgren och Berg (2007) beskriver hur stödet är ett centralt begrepp som innefattar till exempel delaktighet, förtroende, bekräftelse och meningsfullhet i relationen mellan den födande och barnmorskan. Alla dessa delar är essentiella även i förlossningens första fas. Kvinnor som befinner sig i latensfas möter inte kraven för att få tillträde till förlossningen och den trygga famn det innebär att vara där. Denna studie visar tydligt behovet av stöd i tidig förlossning. Att ha och att få behålla förtroendet för sin kropps kapacitet att föda kräver professionellt stöd, något som undanhålls kvinnor i latensfas. Ett steg till att tillgängliggöra stöd för kvinnor kan vara stödjande videosamtal.

Denna studies kliniska implikationer kan ses som att vården behöver allokeras tid och resurser för att kunna ge dessa kvinnor stöd. Studiens resultat visar att dessa kvinnor är i behov av någonstans att vända sig och många uttryckte att de hade behövt ett längre samtal för att prata med någon som kan ge dem professionellt stöd. Utrymme för detta finns inte i dagens förlossningsvård. Enligt WHO (2021) bör investering i digital vård ske utifrån att det tillgodoser ett existerande behov, inte efterhärmar redan existerande system eller teknik. Digital vård skulle kunna vara ett steg i att tillgodose dessa kvinnors behov, undvika tidiga inläggningar samt bidra till mer positiva förlossningsupplevelser.

## Slutsats

Under latensfasen upplevs stödet från vården som bristfälligt. Kvinnor har en längtan efter professionellt stöd och känner både vanmakt och ovisshet när de får bristfälligt stöd. De upplever att det finns krav som måste uppfyllas innan de får tillgång till det professionella stödet väl inne på förlossningen. Det stöd som erbjuds via telefonen eller under korta besök upplevs som otillräckligt, och leder till att kvinnorna inte känner sig sedda och lyssnade på. Vården är idag uppbyggd på ett sätt som inte möjliggör ett kontinuerligt stöd för kvinnor förrän de är i aktiv fas av förlossningen. Det finns inte möjlighet att fysiskt ta emot kvinnor i latensfas på grund av arbetsbelastning och platsbrist, vilket gör att kvinnor blir hänvisade till att stanna hemma trots att ett behov av professionellt stöd har uttryckts.

Förlossningen startar med latensfasen som ibland varar lång tid innan kvinnan går in i den aktiva fasen av förlossningen, och vården har en skyldighet att erbjuda stöd även för de kvinnor som inte uppfyller kriterierna för inläggning på förlossningsavdelningen. Resultatet i denna studie kan användas för att förstå att vården bör erbjuda kvinnor stöd i hemmet under latensfasen. En möjlig väg att göra detta skulle kunna vara att erbjuda kvinnor digitala vårdmöten med en barnmorska och på så sätt möjliggöra en tillgänglig och kontinuerlig vård för alla kvinnor oavsett var i landet de bor. Ytterligare forskning behövs för att undersöka hur sådant stöd upplevs av kvinnor och av barnmorskor.

## Referenslista

- Aannestad, M., Herstad, M., & Severinsson, E. (2020). A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience of midwifery care. *Nursing & health sciences*, 22(2), 171–183. <https://doi.org/10.1111/nhs.12714>
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *The Journal of perinatal education*, 14(1), 9.
- Bolderston A. (2012). Conducting a Research Interview. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 43(1), 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2011.12.002>
- Bradfield, Z., Duggan, R., Hauck, Y., & Kelly, M. (2018). Midwives being 'with woman': An integrative review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.011>
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R. (2019). "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>
- Carlsson I. M. (2016). Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11, 30230. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30230>
- Cornally, P., Murphy, M. & Rath, A. (2014). Exploring women's experiences of care in labour. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 89.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS one*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gross, M. M., Burian, R. A., Frömke, C., Hecker, H., Schippert, C., & Hillemanns, P. (2009). Onset of labour: women's experiences and midwives' assessments in relation to first stage duration. *Archives of gynecology and obstetrics*, 280(6), 899–905. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-0990-7>
- Gross, M. M., Hecker, H., Matteredne, A., Guenter, H. H., & Keirse, M. J. (2006). Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour?. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(3), 289–294. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00817.x>

Habibi, M. F., Nicklas, J., Spence, M., Hedberg, S., Magnuson, E., & Kavanagh, K. F. (2012). Remote lactation consultation: a qualitative study of maternal response to experience and recommendations for survey development. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 28(2), 211–217. <https://doi.org/10.1177/0890334411432716>

Hallam, J. L., Howard, C. D., Locke, A., & Thomas, M. (2016). Communicating choice: an exploration of mothers' experiences of birth. *Journal of reproductive and infant psychology*, 34(2), 175-184.

Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (1996). Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health care for women international*, 17(4), 361–379. <https://doi.org/10.1080/07399339609516251>

Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., & Carlsson, I. M. (2019). Veiled midwifery in the baby factory - A grounded theory study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(1), 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.012>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>

International Confederation of Midwives. (2014a). *Core document: Philosophy and Model of Midwife Care*. Hämtad 2021-11-09 från: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>

International Confederation of Midwives. (2014b). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 2021-11-17 från: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Janssen, P., Nolan, M. L., Spiby, H., Green, J., Gross, M. M., Cheyne, H., ... & Buitendijk, S. (2009). Roundtable discussion: early labor: what's the problem?. *Birth*, 36(4), 332-339.

Lazenbatt, A., Sinclair, M., Salmon, S., & Calvert, J. (2001). Telemedicine as a support system to encourage breast-feeding in Northern Ireland. *Journal of telemedicine and telecare*, 7(1), 54–57. <https://doi.org/10.1258/1357633011936156>

Lindberg, I., Ohrling, K., & Christensson, K. (2007). Midwives' experience of using videoconferencing to support parents who were discharged early after childbirth. *Journal of telemedicine and telecare*, 13(4), 202–205. <https://doi.org/10.1258/135763307780908102>

Lindgren, H., & Wiklund, I (2016). 21.1 Fysiologi och barnmorskans handläggning. I H. Lindgren, K. Christensson, A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa* (s. 437–446). Lund: Studentlitteratur AB.

- Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>
- Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E., & Berg, M. (2013). Care seeking during the latent phase of labour--frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(4), 141–146. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.09.001>
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(2), 220–228.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). 1.1 Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren, K. Christensson, A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa* (s. 19–25). Lund: Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2014). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. Lund: Studentlitteratur.
- Marowitz A. (2014). Caring for women in early labor: can we delay admission and meet women's needs?. *Journal of midwifery & women's health*, 59(6), 645–650. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12252>
- McNelis, M. (2013). Women's experiences of care during labour in a midwifery-led unit in the Republic of Ireland. *British Journal of Midwifery*, 21(9), 622-631.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (2002). *Nursing research: The application of qualitative approaches* (2nd ed.). Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
- Morse, J.M. & Field, P. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. (2nd ed). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Nyman, V., Downe, S., & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward world: first time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 2(3), 129–134. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.05.004>
- Nordström, L., & Wiklund, I (2014). Förlossningens handläggning. I H. Hagberg, K. Maršál, M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 107–122). Lund: Studentlitteratur AB. *Obstetrik och Gynekologi (SFOG)*. Hämtad 2021-11-08 från <https://www.sfog.se/start/raadriktlinjer/sfog-raad-obstetrik/foerlossning/>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rojjanasrirat, W., Nelson, E. L., & Wambach, K. A. (2012). A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 28(4), 464–467. <https://doi.org/10.1177/0890334412449071>

- Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 5: Sampling Strategies. *Indian journal of dermatology*, 61(5), 505–509. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.190118>
- SFS 2003:460. Om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen (2001). *Handläggning av normal förlossning - State of the Art*. Hämtad 2021-11-09 från [https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)
- Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62, 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>
- Spiby, H., Faucher, M. A., Sands, G., Roberts, J., & Kennedy, H. P. (2019). A qualitative study of midwives' perceptions on using video-calling in early labor. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(1), 105–112. <https://doi.org/10.1111/birt.12364>
- Spiby, H., Walsh, D., Green, J., Crompton, A., & Bugg, G. (2014). Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery*, 30(9), 1036–1042. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.025>
- Stoltz P, Andersson EP, & Willman A. (2007). Support in nursing -- an evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1478-1489. <https://doi-org.exproxy.ub.gu.se/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.014>
- Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (2021). *Nationell definition av aktiv fas vid spontan förlossning enligt Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)*. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.sfog.se/media/337511/nationell-definition-aktiv-fas-sbf-sfog-210621.pdf>
- Thelin, I. L., Lundgren, I., & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth--a phenomenological study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.008>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2021-12-26 från: [https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf)
- Vimalananda, V. G., Orlander, J. D., Afable, M. K., Fincke, B. G., Solch, A. K., Rinne, S. T., ... Simon, S. R. (2020). Electronic consultations (E-consults) and their outcomes: a systematic

review. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 27(3), 471–479. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz185>

Wessberg, A., Lundgren, I., & Elden, H. (2017). Being in limbo: Women's lived experiences of pregnancy at 41 weeks of gestation and beyond - A phenomenological study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1342-4>

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. Hämtad 2021-11-10 från: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>

World Health Organization (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Hämtad 2021-11-20 från <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/quality-of-care>

World Medical Association (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Zandbelt, L. C., de Kanter, F. E., & Ubbink, D. T. (2016). E-consulting in a medical specialist setting: Medicine of the future?. *Patient education and counseling*, 99(5), 689–705. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.005>

# Bilagor

## Bilaga 1.

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet som ska skriva vårt examensarbete. Vi vill ta reda på hur man kan uppleva en lång latensfas/lång period av värkar utan att förlossningen varit "igång". Vår förhoppning är att det ska kunna ligga till grund för förbättringsarbete inom förlossningsvården.

Har du fött barn de senaste 3-12 månaderna så skulle vi vara tacksamma om du vill vara med på en intervju. Du som informant väljer plats och form för intervjun, det är möjligt att träffas eller prata på zoom/telefon.

Vi söker dig som:

- Födde barn tidigast i vecka 37+0
- Hade en förlossning som startade spontant.
- Upplevde att latensfasen var lång.
- Inte hade ett planerat kejsarsnitt, en induktion eller en tvillinggraviditet.

Om du vill delta, skicka ett PM till mig för mer information. Du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke att delta och ditt namn kommer inte att framgå i examensarbetet.

Bilaga 2.

## **Upplevt stöd under latensfas av förlossning**

Informationsbrev angående deltagande i examensarbete

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som går sista terminen på barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. I slutet av utbildningen ska studenterna skriva en magisteruppsats, och det är den vi ska göra nu. Vi vill få fördjupad kunskap om hur gravida upplever stödet från vården vid en utdragen latensfas. Syftet är att genom denna studie beskriva hur stödet upplevs av de gravida i den tålmodsprövande latensfasen, och hur stödet eventuellt kan bli bättre. Målet är sedan att studien ska ligga till grund för ett utvecklingsarbete inom förlossningsvården.

Latensfasen karaktäriseras av oregelbundna värkar. De kan vara olika smärtsamma och komma med olika intervall. De kan ibland försvinna ett tag och sedan komma tillbaka. Många kvinnor upplever att de vill ha stöd under latensfasen, och detta stöd kan se ut på olika sätt. Det är sedan tidigare känt att många gravida känner en stor osäkerhet kring den rätta tiden att åka in till förlossningen.

Med denna information vill vi fråga dig om du kan tänka dig att vara med på en intervju som berör din upplevelse av stöd under latensfasen. Det är du som väljer plats för intervjun. Den kan exempelvis ske via zoom/facetime, via telefon eller på valfri plats. Tidsåtgång för intervjun är ca 30-60 min. Intervjun spelas in på bandspelare för att sedan skrivas ut och raderas. Det är endast vi och vår handledare som har tillgång till materialet. All information behandlas anonymt och inga namn kommer att anges i uppsatsen. Du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke, och du behöver inte berätta varför. Ämnet vi valt att undersöka kan upplevas som känsligt och röra upp mycket känslor. Vi vill berätta för dig att vi är behjälpliga med att förmedla kontakt med professionellt stöd om du önskar det.

Vill du läsa den färdiga studien eller har andra frågor så tveka inte att höra av dig till oss via mejl eller telefon.

Vi vill fråga dig som upplevde att du hade en lång latensfas, födde ett barn efter vecka 37+0 och att din förlossning hade startat spontant.

(Obs! Kontaktuppgifter har raderats.)

Bilaga 3.

## **Samtycke**

Jag väljer att frivilligt delta i en intervju som rör min upplevelse av stöd under latensfasen.

Jag är medveten om att jag när som helst kan dra tillbaka mitt samtycke, utan att ge en anledning.

Jag förstår att intervjun sparas under arbetets gång för att sedan raderas när intervjun är nedskriven. Jag har förstått att de enda som har tillgång till intervjumaterialet är Isabella Kiuru Bolk, Johanna Sjöqvist samt handledande lärare Viola Nyman.

Examensarbetet publiceras med anonymiserade uppgifter och fiktiva namn.

Datum & ort: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Jag önskar att intervjun sker (ringa in ditt alternativ):

Telefon

Zoom/videomöte

Valfri plats: