

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2018:67

Partners erfarenheter av att ha mer än tio mil till
förlossningsklinik
En kvalitativ innehållsanalys

Marie Sixtensson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Partners erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik-En kvalitativ innehållsanalys

Författare: Marie Sixtensson

Huvudområde: Sexuell och reproduktiv hälsa

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Barnmorskeutbildning

Handledare: Åsa Larsson

Examinator: Marianne Johansson

Sammanfattning

I Sverige har förlossningsvården centraliserats de senaste decennierna och det har inneburit längre avstånd till förlossningskliniker runt om i landet. Då det generellt är partners som står för transporten av den födande kvinnan och det saknas studier på hur partners erfar de långa avstånden har nedanstående studie genomförts. Syftet med studien var att beskriva partners erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik. En kvalitativ studie med induktiv ansats genomfördes, där sex stycken partners boende i Norrbotten intervjuades per telefon. Analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys och partners erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik presenteras i temat *"Att befinna sig i en oviss livssituation med en önskan att överlämna ansvaret"* med kategorierna *"Avståndet väcker många känslor"*, *"Ett behov av en trygg förankring"* och *"En önskan om att överlämna ansvaret"*. Partners beskrev att de erfor känslor av maktlöshet och rädsla. De uppfattade obekanta känslor under färden och känslorna de bar med sig var både positiva och negativa. Partners beskrev ett behov av praktiska och mentala förberedelser för att skapa trygghet och såg barnmorskan som en trygg, fysisk förankring som minskade stress. De hade en önskan om att överlämna ansvaret för den födande kvinnan och erfor både lättnad och trygghet vid ankomsten till barnmorskan på förlossningskliniken. Resultatet visade att partners påverkades av det långa avståndet både före, under och efter förlossningen.

Nyckelord: *Partner, erfarenheter, avstånd, förlossningsklinik, sexuell och reproduktiv hälsa, barnmorska*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	4
INLEDNING	4
BAKGRUND	5
<i>Sexuell och reproduktiv hälsa</i>	5
<i>Partners som stöd vid graviditet och förlossning</i>	5
<i>Avståndet till förlossningen får konsekvenser</i>	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
Ansats	8
Deltagare	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Att befinna sig i en oviss livssituation med en önskan om att överlämna ansvaret	12
Avståndet väcker många känslor	12
Att erfara maktlöshet	12
Att erfara rädsla	14
Att erfara obekanta känslor	14
Att erfara känslor med facit i hand	15
Ett behov av en trygg förankring	15
Praktiska och mentala förberedelser	15
Önskan om en fysisk förankring	16
En önskan om att överlämna ansvaret	16
Att erfara lättnad	17
Att erfara trygghet	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
Förslag till vidare forskning	22
REFERENSER	23
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

FÖRORD

Författaren vill rikta ett stort tack till de informanter som med sina berättelser bidragit till nedanstående studies resultat. Tack riktas även till författarens familj, handledare och personer i närheten som under detta arbetes gång bidragit med feedback, hejarop och stöd.

INLEDNING



År 2014 föddes 2411 barn i Region Norrbotten varav 566 föddes på Gällivare sjukhus, vilket motsvarar 23,5 % av det totala antalet födda barn i länet under det aktuella året (Socialstyrelsen 2015). Norrbottens län är Sveriges största län till ytan och mäter 98 249 kvm, vilket motsvarar ungefär $\frac{1}{4}$ av hela Sveriges yta (Länsstyrelsen 2017). År 2016 var befolkningmängden i länet 250 570 personer (Statistiska centralbyrån 2017). Befolkningen har fem sjukhus att tillgå i landstinget som heter Region Norrbotten, varav två stycken bedriver förlossningsvård; Sunderby sjukhus samt Gällivare sjukhus (Region Norrbotten 2017). Tidskriften Ottar har genomfört en kartläggning över avstånden till förlossningsklinik per fågelvägen och resultatet visar att blivande föräldrar i den aktuella kommunen, som är en del av Norrbotten, i genomsnitt har 86 km till närmaste förlossningsklinik och de som har allra längst har 196 km (Tidskriften Ottar 2017).

BAKGRUND

Sexuell och reproduktiv hälsa

Barnmorskan har ett självständigt arbete och i sin yrkesutövning möter hen patienter i alla åldrar. Vården fokuserar främst på kvinnan men inkluderar även barnet och familjen, vari partners ofta ingår. Barnmorskan har utbildning och kunskaper inom sexuell och reproduktiv hälsa med fokus på graviditet, barnafödande och puerperiet (tiden kring förlossningen). Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i det reproduktiva systemet och alla dess funktioner. Hälsa innebär inte bara frånvaro av sjukdom (WHO 2004; Barnmorskeförbundet 2018).

Kompetensbeskrivning för barnmorska beskriver att barnmorskan ska främja den normala processen vid graviditet, förlossning och puerperiet. Barnmorskan ska även främja amning och anknytning samt stödja interaktionen mellan föräldrar och barn (Barnmorskeförbundet 2018).

Hälso-och sjukvårdslagen är en av de lagar som styr vården i Sverige. Målet med lagen är att skapa en god hälsa för alla medborgare samt bereda en god vård på lika villkor. Den vård som ges ska bland annat tillgodose trygghet för patienten, vara lättillgänglig och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet (Socialstyrelsen 2015).

Den primära vårdgivaren för den gravida kvinnan är oftast en mödravårdsbarnmorska som under en normal graviditet träffar kvinnan under cirka tio besök, ultraljud inkluderat. I Sverige erbjuds föräldrautbildning i varierande utsträckning till förstagångs-föräldrar. En förlossning sker oftast på sjukhus och den normala förlossningen handläggs av en förlossningsbarnmorska (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines 2018).

Det finns mycket forskning som visar att vårdmodeller med kontinuitet för barnafödande kvinnor ger det bästa utfallet för kvinnor och barn. Det minskar antalet interventioner samt ger en högre tillfredsställelse och en positiv förlossningsupplevelse hos barnafödande kvinnor. Kontinuitet möjliggör även en hög tillfredsställelse hos barnmorskan (Hildingsson et al 2018). En sådan modell är case-load midwifery.

Case-load midwifery är en vårdmodell där en primär barnmorska vårdar den gravida kvinnan genom graviditet, förlossning och puerperiet tillsammans med en barnmorskekollega. Modellen har utvecklats i Australien för att bereda trygghet och kontinuitet för kvinnor med långa avstånd till förlossningsklinik (Hildingsson et al 2018). I Sverige provas modellen för tillfället i Västernorrlands läns landsting samt på Karolinska sjukhuset i Huddinge (Landstinget Västernorrland 2018; Karolinska Universitetssjukhuset 2018).

Partners som stöd vid graviditet och förlossning

Föräldraskapet idag är i de flesta fall ett gemensamt projekt och dagens partners är i stor utsträckning involverade i graviditet och barnafödande. Tidigare har fokus legat mycket på det ekonomiska ansvaret hos blivande partners men numer ligger allt större fokus även på deras omsorg och vård av barnet och familjen (Hildingsson & Sjöling 2011).

I en studie av Redshaw och Henderson (2013) framkom att över 80 % av blivande partners hade en positiv reaktion på graviditet. För de graviditeter som var planerade

och önskade var sannolikheten för ett högt engagemang större under graviditet, förlossning och under puerperiet. Det bekräftas av Forsyth, Skouteris, Wertheim, Paxton och Milgrom (2011) som fann att 93 % av blivande partners reagerade på graviditeten med både glädje och förväntan. Forsyth et al (2011) poängterar dock att de även gav uttryck för oro, osäkerhet och rädsla.

Draper (2002) menar att partners bör tillåtas vara en naturlig del av graviditeten för att knyta an till det ofödda barnet. Delaktighet kan nås både när det gäller medicinska bekräftelser såsom vid graviditetstest, ultraljud och förlossning som kroppsliga bekräftelser i form av sparkar från barnet. Deltagandet anser Draper (2002) vara viktigt då den gravida kvinnan i större utsträckning kan knyta an till det ofödda barnet via sina kroppsliga upplevelser. Hildingsson och Sjöling (2011) anser att ur både barns och partners perspektiv är det av största vikt att partnern blir inbjuden och involverad i graviditeten, förlossningen och puerperiet. Denna tid ses som en känslig period och partners hälsa och välmående avspeglar sig på barnets hälsa och välmående.

Vid en litteraturoversikt fann Genesoni och Tallandini (2009) att den mest stressiga perioden för blivande partners var under graviditeten då de under denna period genomgick psykologiska förändringar för att forma en ny identitet som förälder, vilket fanns vara svårt då många saknade förebilder. Hildingsson och Sjöling (2011) menar att övergången till föräldraskapet för blivande partners kan vara överväldigande och behäftat med många frågor och funderingar. Detta bekräftas av Genesoni och Tallandini (2009) som beskriver känslor såsom hjälplöshet, ångest och oro framförallt vid förlossningens start. Många partners beskrev att de kände sig sårbara, oförberedda och fick flytkänslor samtidigt som de ville stanna kvar för att vara ett stöd för den födande kvinnan.

Finnbogadottir, Crang-Svalenius och Perssons (2003) slutsatser visar att barnmorskan bör uppmärksamma behovet av stöd till partners och att barnmorskan bör se behovet av stöd som lika stort som hos mamman. Hildingsson, Cederlöf och Widén (2011) menar att barnmorskans stöd under graviditet och förlossning är viktigt då det är den största anledningen till att blivande partners känner säkerhet och självförtroende. Det kan i sin tur ge dem möjligheten att vara ett gott stöd för den födande kvinnan. Partners som får det stöd av barnmorskan de önskar och förväntar sig verkar kunna generera i en positiv upplevelse.

Förlossningen ses alltså som den mest känslomässiga perioden för partners och involverar känslor av ångest, oro och hjälplöshet (Genesoni & Tallandini 2009). Bäckström och Hertfelt Wahn (2011) fann i sin studie att partners som hamnade i en situation där de inte längre kunde hantera stödet till den födande kvinnan och inte längre visste vad de skulle göra skapade en känsla av hjälplöshet som kunde leda till panikkänslor. De visade sig inte kunna hantera den känslostorm som uppkom på egen hand och fick inte partners stöd under denna period uppstod en känsla av utanförskap som visade sig kunna hämma stödet till den födande kvinnan.

Avståndet till förlossningen får konsekvenser

Termen BBA-födslar definieras som *Birth Before Arrival* och inkluderar alla födslar utanför sjukhus som inte är planerade hemförlossningar med närvarande barnmorska. Antalet BBA-födslar ökar i antal i många länder på grund av minskat antal förlossningskliniker och centralisering, och födseln inträffar ofta utan en barnmorska närvarande. En BBA-födslar ökar risken för perinatale komplikationer och anses vara en utmaning för sjukvården. I Norge har antalet BBA-födslar ökat från 4 per 1000 till 7 per 1000 födslar bara på några år (Skirnisdottir, Haukeland & Dahl 2016). Detta bekräftas av Engjom, Morken, Høydal, Polit, Norheim och Klungsøyr (2017) vars studie även visar att en oplanerad födslar utanför sjukhus är förenad med tre gånger högre risk för mortalitet för barnet jämfört med en födslar på sjukhus. Studien visar även att risken att kvinnan föder utanför sjukhus ökar ju längre kvinnan har till förlossningsklinik.

McLelland, McKenna och Archer (2013) presenterar i sin studie ännu större risker för ett BBA-barn att drabbas av perinatal mortalitet. Risken beräknas till sex till elva gånger högre för BBA-barn än sjukhusfödda barn och BBA-barn beräknas ha två till sex gånger högre risk att få neonatala komplikationer som kräver inläggning på neonatalavdelning. Resultaten från Grybowski, Stoll och Kornelsen (2011) visar att den perinatale mortaliteten är förhöjd redan vid en timmes bilfärd till förlossningsklinik och att mortaliteten ökar ju längre tid det tar att komma till förlossningsklinik.

PROBLEMFÖRMULERING

Vid artikelsökning i de välkända databaserna återfinns ingen forskning som beskriver partners erfarenheter av mer än tio mil till förlossningskliniker i Sverige. Avstånden till närmaste förlossningsklinik för blivande föräldrar ökar i takt med att förlossningskliniker centraliseras vilket bland annat kan ge konsekvenser i form av förlossningar utanför sjukhus. Ju längre avstånd till förlossningsklinik desto större risk att föda efter vägen och barn som föds utanför sjukhus har en ökad mortalitet. I många fall är det partners på egen hand som står för ansvaret för transporten av familjen till närmaste sjukhus. Partners är idag i stor utsträckning är involverade och engagerade i barnafödandet. Då partners ofta är kvinnans primära stöd vid graviditet och förlossning och har en betydelsefull roll för många kvinnor är det angeläget att beskriva deras erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva partners erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik.

METOD

Ansats

Denna studie syftar till att beskriva partners erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik och därmed valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. En induktiv ansats innebär att inga tidigare hypoteser eller teorier föreligger. Elo och Kyngäs (2008) menar att den induktiva ansatsen är lämplig att använda när det saknas tidigare forskning inom området. Den induktiva ansatsen innebär även att helt förutsättningslöst analysera texter där människor berättar om sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s.213).

Data har insamlats och därefter bearbetats och analyserats genom en kvalitativ innehållsanalys. Målet med en kvalitativ innehållsanalys är enligt Elo och Kyngäs (2008) att genom att analysera och bearbeta datamaterialets delar till en helhet presentera ett resultat.

Deltagare

Genom en offentlig sida på sociala medier presenterades en beskrivning av syftet med studien. De som visade intresse för deltagande kunde sedan anmäla sig via PM, mejl eller sms till författaren. Tre stycken informanter rekryterades på detta vis. Ytterligare tre informanter rekryterades därefter genom snöbollseffekt via de tre första informanterna. Författaren har i rekryteringen av informanter även försökt att nå personer utanför det beskrivna geografiska området via en specifik grupp på sociala medier men ej lyckats. Totalt rekryterades sex informanter. De sex som rekryterades tillhör samma geografiska område. Författaren är bekant med en av informanterna.

De partners som deltog i studien var mellan 31–42 år vid tillfället för intervjuerna. De hade blivit förälder till mellan 1–3 barn på en förlossningsklinik i Norrbottens län. Alla sex informanter levde med den blivande modern vid tiden för förlossningen och var ensamma ansvariga för transporten till förlossningskliniken. Informanterna hade >12 mil till närmaste förlossningsklinik och resan tog mellan 1.5–2 timmar. Fyra informanter hade förlossning med spontan start vid samtliga barns födelse. En informant hade förlossning med spontan start vid barn nummer ett och därefter två planerade induktioner med barn nummer två och tre. En informant hade ett akut sectio (kejsarsnitt) med barn nummer ett och därefter två förlossningar med spontan start vid barn nummer två och tre. Med spontan förlossningsstart avses att förlossning startat i hemmet och partnern därefter transporterat familjen till förlossningsklinik. Alla födslar skedde på förlossningsklinik i Region Norrbotten mellan åren 2002–2015.

Inklusionskriterierna som valdes var:

- Partner som blivit förälder
- Partner som medföljt kvinnan till förlossningsklinik
- Partner som skött transporten till förlossningsklinik

- >10 mil till närmaste förlossningsklinik
- Förlossning med spontan start
- Födelse på förlossningsklinik

Exklusionskriterier blev således partner med endast erfarenhet av planerat sectio (kejsarsnitt) och planerad induktion (igångsättning av förlossning). Partners med ovanstående men med ytterligare förlossningserfarenhet som uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades i studien.

Informant	Antal barn	Årstid (ej i kronologisk ordning)	Transportsätt	Längd	Födelseplats
Informant 1	3 st levandefödda efter spontan förlossningsstart	Sommar, sensommar & höst	Egen bil, ingen medföljande	>120 km	Sjukhus
Informant 2	1 st levandefödd efter spontan förlossningsstart	Vårvinter	Egen bil, ingen medföljande	>120 km	Sjukhus
Informant 3	3 st, 1 st IUFD (intrauterin fosterdöd) efter spontan förlossningsstart, 2 st levandefödda efter induktion	Sommar & vinter	Egen bil, ingen medföljande	>120 km	Sjukhus
Informant 4	3 st levandefödda, varav 1 st akut sectio & 2 st efter spontan förlossningsstart	Sommar, vårvinter och vinter	Egen bil, ingen medföljande	>120 km	Sjukhus
Informant 5	1 st levandefödd efter spontan förlossningsstart	Sensommar	Egen bil, ingen medföljande	>120 km	Sjukhus
Informant 6	1 st levandefödd efter spontan förlossningsstart	Senhöst (snöfall)	Egen bil, ingen medföljande	>120 km	Sjukhus

Datainsamling

De partners som anmälde sitt intresse för att delta i studien kontaktades via sociala medier för att få tillgång till informantens telefonnummer. Därefter kontaktades informanten per telefon inom en vecka av författaren. Under det inledande, första

samtalet fick informanten en kort beskrivning av studiens syfte och dess frivillighet. Därefter bokades en tid för telefonintervju vid ett senare tillfälle som valdes av informanten. I samband med inledande samtalet spelades ett muntligt godkännande för deltagande in. Samtyckesformulär och informationsbrev skickades därefter till var och en per post med ett medföljande förfrankerat kuvert för korrespondens tillbaka till författaren.

Insamlingen av material har av praktiska skäl skett via telefonintervju och tidsmässigt 2–15 år efter förlossning. Alla intervjuer är gjorda av författaren och en halvstrukturerad intervjuguide har använts (se bilaga 3). Utifrån Kvale och Brinkman (2014, ss.176-177) har en inledande fråga startat intervjun och därefter har möjlighet funnits till uppföljningsfrågor, sonderande frågor samt tystnad. Dessa frågor kan ge ett vidare innehåll till det som sägs, utvärdera och rekognosera det som sägs samt ge tid för informanten att reflektera och komma på nya saker där målet är att försöka fånga informantens erfarenheter kring det aktuella ämnesområdet.

Dataanalys

Dataanalysen har utgått från Elo och Kyngäs (2008) och en *kvalitativ innehållsanalys* har gjorts. De sex intervjuerna har spelats in med hjälp av bandspelare som lånades från Högskolan i Borås. I så nära anslutning till intervjun som var praktiskt möjligt gjordes *transkribering* av materialet, som därefter skrevs ut i pappersform. Alla intervjuer är transkriberade av författaren. Elo och Kyngäs (ibid.) benämner detta som *analysenhet*, som är själva texten som ska analyseras, i detta fallet de transkriberade intervjuerna. Materialet har därefter genomlästs flera gånger för att ge författaren en överblick och på så sätt bli uppslukad av texten, detta för att bringa mening till helheten i datamaterialet (ibid.).

Nästa steg i processen var att författaren vid genomläsning av materialet genomförde *öppen kodning* där *meningsbärande enheter* skrevs i marginalen på den utskrivna intervjun. De meningsbärande enheterna svarade på studiens syfte och utgjordes av stycken eller meningar. Så många meningsbärande enheter som möjligt försökte identifieras i enlighet med Elo och Kyngäs (2008). De meningsbärande enheterna kortades ner för att göra texten mer lätthanterlig utan att viktigt innehåll försvann. Denna del av analysarbetet benämns som *kondensering* (ibid.). Därefter *abstraherades* materialet vilket beskrivs som att lyfta materialet till en högre logisk nivå och koderna lades in i nya dokument och grupperades utifrån likheter och skillnader (ibid.) När författaren identifierat koder med samma innehåll kunde *underkategorier* skapas vilka mynnade ut i *huvudkategorier* som ledde till ett tema. Enligt Elo och Kyngäs (2008) bildar liknande underkategorier huvudkategorier. Kategorier är en beskrivning av det fenomen som undersökts och målet är att det ska ge en förståelse för det fenomen som undersökts. Dataanalysarbetet utmynnade åtta underkategorier, tre kategorier och ett tema, vilka presenteras i studiens resultat.

Etiska överväganden

Informanterna fick ett informationsbrev och ett samtyckesformulär (se bilaga 1 och 2) per post för att i lugn och ro kunna läsa igenom. Kvale och Brinkmann (2007, ss.107-

109) beskriver att ett informerat samtycke innebär att informanten får information om syftet med studien, hur studien kommer att genomföras, fördelar och eventuella risker med deltagande. I det informerade samtycket ingår även att informanten är införstådd med att deltagandet är frivilligt och att denne har rätt att dra sig ur när denne så önskar. Detta poängteras även i Vetenskapsrådets publikation God forskningssed (2017).

En kvalitativ intervju som insamlingsmetod kan vara behäftad med vissa etiska problem, såsom risken för att röja en enskild informants integritet genom uttalanden som denne gjort (Kvale & Brinkmann 2014, s.109). Personuppgifter som insamlats under intervjufasen i detta arbete har avidentifierats och har det framkommit data där det finns risk att andra personer kan känna igen informanten, har denne att tillfrågats per telefon om godkännande innan publicering. Konfidentialiteten enligt Vetenskapsrådet (2017) innebär att informanten skyddas från att obehöriga får tillgång till det material som lämnats. Samtyckesblanketter och datamaterial har under arbetets gång förvarats i låst kassaskåp i författarens hem.

Insamling av material ska alltid föregås av att väga nyttan mot eventuella risker för informanten med att genomföra studien. En intervjusituation kan vara både öppen och intim och det finns risk att informanterna delger information som de senare ångrar, vilket ställer höga krav på intervjuaren i intervjusituationen (Kvale & Brinkmann 2014, s.110). Författaren har muntligt givit information till informanten att denne när som helst under arbetets gång kan återkomma för att ställa frågor eller vid behov prata mer kring detta ämne. Författaren har även givit information om var informanten kan vända sig vid behov att prata kring sin livssituation om det skulle uppkomma, då minnen från tidigare erfarenheter kunde väckas till liv efter intervjuerna. Ingen informant har uttryckt en sådan önskan.

Förförståelse innebär den kunskap och erfarenheter om området som författaren har och Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s.222) menar att förförståelsen kan ge möjlighet att upptäcka nya kunskaper och förståelse för det som studerats men huruvida förförståelsen ska sättas inom parentes eller inte debatteras fortfarande. De menar att det är av vikt att redovisa sin förförståelse för trovärdigheten i arbetet. Författaren är legitimerad sjuksköterska med mångårig erfarenhet av möten med patienter och var under arbetets gång barnmorskestudent med pågående utbildning om sexuell och reproduktiv hälsa och forskningsmetodik. Författaren är uppvuxen i det kontext där informanterna rekryterats ifrån. Lundman och Graneheim (2012, s.222) menar att en viss förförståelse kan ge möjligheter för författaren att ställa fördjupande frågor och genomföra resonemang som annars inte hade uppkommit om författaren saknade sin förförståelse. I intervjusituationen och analysprocessen är ovanstående ett faktum som författaren hela tiden varit tvungen att förhålla sig till.

RESULTAT

Här nedan presenteras studiens resultat. I den kvalitativa innehållsanalysen framträdde temat:

Att befinna sig i en oviss livssituation med en önskan om att överlämna ansvaret

Temat innehåller tre kategorier och åtta underkategorier. Partners beskrev att de erfor känslor av maktlöshet och rädsla. De uppfattade obekanta känslor under färden och känslorna de bar med sig var både positiva och negativa. Partners beskrev ett behov av praktiska och mentala förberedelser för att skapa trygghet och såg barnmorskan som en trygg, fysisk förankring som minskade stress. De hade en önskan om att överlämna ansvaret för den födande kvinnan och erfor både lätnad och trygghet vid ankomsten till barnmorskan på förlossningskliniken. Resultatet presenteras utifrån kategorierna *"Avståndet väcker många känslor"*, *"Ett behov av en trygg förankring"* och *"En önskan om att överlämna ansvaret"*.

Att befinna sig i en oviss livssituation med en önskan om att överlämna ansvaret

Avståndet väcker många känslor	Ett behov av en trygg förankring	En önskan om att överlämna ansvaret
Att erfara maktlöshet	Praktiska och mentala förberedelser	Att erfara lätnad
Att erfara rädsla	Önskan om fysisk förankring	Att erfara trygghet
Att erfara obekanta känslor		
Att erfara känslor med facit i hand		

Avståndet väcker många känslor

Färden till förlossningsklinik väckte känslor av maktlöshet och rädsla hos partnern. Färden upplevdes som ett lotteri som var utanför deras kontroll. De beskrev att de redan vid graviditetsbeskedet var tvungna att stålsätta sig inför den kommande färden med vad de beskrev som "det långa avståndet" och de bar på en känsla av att de under alla omständigheter inte fick tappa kontrollen. Partners upplevde obekanta känslor och visade inte sina äkta känslor inför den blivande mamman. Tiden efteråt väckte känslor av både stolthet och dåligt samvete.

Att erfara maktlöshet

Partners satte sin tro till turen att kunna komma fram i säkerhet till förlossningskliniken. De upplevde att det var ett lotteri om de lyckades komma fram eller inte. De kände en maktlöshet att inte kunna påverka det skeendet själva. Många yttre faktorer bestämde om de kom fram eller inte; vädrets makter, vägförhållanden, årstid, djurliv, vägarbete och barnets framfart lades fram som orsaker som var utanför deras kontroll och som gav

en känsla av maktlöshet. För att undvika känslan av maktlöshet planerades graviditet in på snöfri årstid, partners tog reda på hur vägförhållanden var och försökte att köra så försiktigt och kontrollerat som möjligt. Trots detta var det flera partners som beskrev att oavsett strategier så kvarstod det faktum att tiden till förlossningsklinik stod i proportion till avståndet och att avstånden inte försvann hur de än försökte hantera det.

”...det är ett lotteri om man kommer fram säkert eller inte...man vet ju inte vad man möter efter vägen eller vad som ens kommer att ske...”

Förlossning som var planerad att ske under vinterhalvåret skapade en ökad känsla av maktlöshet jämfört med de som hade planerad förlossning under sommaren. Att inte veta hur väglaget var just den aktuella dagen skapade stress. Partners berättade om avstängda vägar och vinterstormar som påverkade vägförhållandena. De beskrev att det bara fanns en väg att färdas på och att de var tvungna att komma till acceptans och kapitulera inför det faktum att förlossningskliniken låg 12 mil bort efter den vägen.

Partners beskrev att de känt sig totalt utlämnade under färden och att de inte kunnat förbereda sig för denna känsla. De beskrev att det kändes som att nu får de klara sig helt själva utan hjälp utifrån. De kände sig utsatta och fick iklä sig rollerna som ambulanspersonal, barnmorska och anhörig under färden. De beskrev att de var allt för den födande kvinnan under färden och en känsla av att den hon lade hela sitt liv och barnets liv i händerna på partnern som det till trots var tvungna att hålla ihop sina känslor hela vägen till förlossningskliniken för att vara ett stöd.

Partners beskrev en känsla av ovisshet om när de skulle åka in till förlossningskliniken. Tiden fram tills de att kom iväg upplevdes som ett vakuum och gav en känsla av maktlöshet. De beskrev en oro för att inte hinna fram i tid och en känsla av panik segrade upp för att de inte visste vad de hade att vänta sig under färden. Paniken stegrade sig under färden för flertalet av partners för ju längre den fortskred desto mer förstod de att de inte hade en aning om vad som väntade dem innan de var framme på förlossningskliniken. Den stegrande panikkänslan sågs framförallt hos partners med tidigare förlossningserfarenhet. Partners beskrev att vad som helst kunde hända och att de inte visste det med säkerhet förrän efteråt och att ovissheten skapade känslor av stress, rädsla och nervositet.

”Avståndet väcker många känslor...det är som ett slags kontrollerat paniktillstånd som man måste ta sig förbi och hur lyckas man med det liksom...”

Tiden före färden och tiden i fordonen beskrevs som ett vakuum. Flera partners beskrev att minnesbilderna från färden är suddiga och en partner upplevde att det blev alldeles svart när färden pågick. Färden upplevdes som en evighet och som oceaner av tid som förflöt utan att de kom fram. Det krävdes mycket av dem för att lyckas återskapa erfarenheterna för de var begravda djupt i tankarna och att de tänkt och funderat mycket på erfarenheterna inför intervjun för att kunna återberätta dem.

Att erfara rädsla

Partners beskrev en rädsla att något oförväntat kunde ske. De beskrev rädsla att förlora kontrollen över fordonet och att hela tiden behöva tänka sig för i körningen till förlossningskliniken. Att bibehålla fullt fokus på vägen samt att försöka vara avslappnade var viktiga delar för att lyckas överkomma sin rädsla för olyckor. De kände ansvar för att inte förorsaka en olycka och att komma fram helskinnade. Flera beskrev att de fick tunnelseende och inte kunde se annat än vägen framför sig.

”...det vilar ett stort ansvar på den som kör bilen....man känner en stor stress för att ALLT ansvar vilar på den som kör bilen...och man är ingen bra bilförare när man är stressad och rädd...det är lätt att sitta i efterhand och säga att det gått bra, men där och då kändes det som att jag skulle dö av rädsla”

Partners beskrev även en mycket stor rädsla att behöva förlösa sitt barn efter vägen. Under nio månader försökte partners att komma till en acceptans om att det kunde ske. För att kontrollera rädslan försökte de lära sig mer om förlossning och hur de skulle gå tillväga om det skulle vara så att barnet föddes i bilen. Exempelvis beskrev partners att de hade ordnat med telefonnummer till ambulans, tittat ut strategiska platser att stanna på samt hade med sig handdukar i bilen att torka barnet med. Ju fler barn partnern fått desto mer stegrade rädslan att behöva förlösa barnet i bilen och i tillägg kom rädsla för komplikationer. Blandade erfarenheter från tidigare förlossningar ökade dessa känslor. Erfarenheterna av att ha fått ett livlöst barn skrämde oerhört inför framtiden, flera partners hade tankar på hur det skulle bli om något hände i bilen nästa gång.

Inte någon gång inför eller under resan fick partnern tveka huruvida han skulle klara av att ta sin födande kvinna till förlossningsklinik. Partners beskrev att de stålsatte sig och var tvungna att vara den starka personen som skulle se till att allting var bra för den födande kvinnan. De beskrev att de var tvungna att behålla lugnet och inte stressa inför den födande kvinnan.

Partners som genomfört flera färder och vid något tillfälle haft planerad igångsättning beskrev att färden då varit lugnare, tryggare och frånvaro av stress och rädsla hade präglat sinnesstämningen. De uttryckte att färden var något helt annat än den/de gånger de åkt under pågående förlossningsarbete.

”...planerad igångsättning...dom två gångerna har jag bara känt lycka, glädje och lättnad...det har inte ens nästan varit lika jobbigt att åka då...det är som dag och natt att jämföra...”

Att erfara obekanta känslor

Primitiva känslor som partners tidigare inte upplevt väcktes och vid eftertanke upplevde de att någonting hade hänt med dem under färden både känslomässigt och mentalt. Partners beskrev de primitiva känslorna såsom känslan av vara beskyddaren för den födande kvinnan och det ofödda barnet, känslan av att vara alfahannen, känslan av att det var dom mot världen och att andra bilister, djur, väder och andra faktorer beskrevs som ett hot utifrån. En partner uttryckte:

”...jag blev som ett djur...de primitiva känslorna tog nästan överhanden...hade någon kommit nära då, då vet jag inte vad jag hade gjort...kom f-n inte i vägen för vår framfart mot vår trygga hamn”

Partners beskrev färden som mycket känslomässig där mycket tankar hann passera genom deras medvetande. Tankar som normalt inte förekom i deras medvetande kom upp och det var påtagligt att livet var här och nu. Partners rannsokade sig själva under färden, en partner uttryckte att nu tvingades han bli vuxen och ta ansvar i sin kommande roll som förälder.

Att erfara känslor med facit i hand

Känslorna efteråt, med facit i hand, beskrevs bland annat med stolthet i rösten. Partners beskrev färden som en stor ära och en förpliktelse som blivande medförälder och att vetskapen att ha klarat av den gjorde att de växte och kände stolthet lång tid framöver. Dock visade sig erfarenheterna även bära med sig en ökad oro och flera partners beskrev att de i efterhand fått en större förståelse och kunskap för hur många saker som kunde gått fel. Vetskapen om att ha känt så många känslor inför och under resan skapade dåligt samvete i efterhand hos partners då de ansåg att det var den födande kvinnan som gjorde arbetet med att föda deras gemensamma barn och att hon var värd ett större stöd från partnern än det hen kunde erbjuda.

”...det blir ju inte alls riktigt schysst eller okej gentemot ens partner...att jag varit så j-la rädd...och hon har ju som gjort hela, ja själva arbetet...”

Ett behov av en trygg förankring

Behovet av att ha en trygg förankring blev tydligt hos alla partners. Som trygg förankring kunde flera olika saker gestalta sig vilka höll partnern lugn och kontrollerad. Avsaknaden av denna trygga förankring skapade stress hos partnern och det visade sig att praktiska förberedelser, mentala förberedelser och barnmorskan spelade viktiga roller som trygg förankring.

Praktiska och mentala förberedelser

Partners beskrev att de hade stort fokus på de praktiska förberedelserna och att det var någonting konkret de kunde hänga upp livet på i väntan på färden. De beskrev att de troligtvis haft fler praktiska saker att förbereda än om det vore fem minuter till förlossningsklinik. De gjorde praktiska saker som att tanka bilen full, hade bilen i motorvärmaren under den kalla årstiden, kollade batteriet och oljan för att ha fordonet i körbart skick när det blev dags att åka. De packade bilarna med filter, pannlampa, varma kläder, handdukar och bogserlina för att vara beredda på det värsta som beskrevs som olyckor och förlossning. De praktiska förberedelserna var skönt att fokusera på och ingav ett lugn till partnern, något att hålla sig i för att behålla kontrollen över situationen.

”Att göra praktiska saker som att tanka...och att packa bilen...blir en slags självbevaringsdrift för tänk om vi inte får hjälp efter vägen...då måste jag ju fixa det...”

Flertalet partners beskrev att de önskade att de hade haft någon att prata med och fått ansikten på de som genomgått färden för att se att det hade gått bra. De ansåg att de skulle haft god nytta av att ha haft någon att prata med som gått igenom det innan och de ansåg att det var viktigt att förbereda sig mentalt inför resan. Behovet att prata med varandra hämmades av rädslan att skrämma upp någon, därför höll partnern sina känslor och tankar inom sig trots vetskapen att det skulle ha gjort gott för dem.

”Det hade gjort stor skillnad om man hade kunnat dela erfarenheter med andra pappor och känt trygghet i att berätta om sina upplevelser, men jag ville inte skrämma upp någon”

Partners beskrev avsaknad av både information och undervisning från mödrahälsovården kring avståndet och dess konsekvenser men de beskrev också att informationen inte skulle ha tagit bort det faktum att avståndet kvarstod men skulle kunnat ha gjort att de känt sig mer förberedda för färden. Flera partners beskrev att de hade önskat ett forum för blivande partners, där de under avslappnade former kunnat träffas och prata kring sina känslor och erfarenheter. Partners uppgav att de saknade kunskaper och förberedelser för en eventuell vägförlossning. I efterhand beskrev en del av partners att de vid nästkommande förlossning valde att läsa på mer om förlossningens faser för att på så sätt minska rädslan för en eventuell bilförlossning.

Önskan om en fysisk förankring

Avsaknaden av ett fysiskt ankare beskrevs som avsaknaden av en barnmorska, en barnmorska att åka till för kontroll och bekräftelse av förlossningsförloppet. Att ha en barnmorska på orten beskrevs av partners som en person som skulle ha skapat trygghet för familjen. Det fanns en stark önskan att ha en barnmorska att ringa till och prata med, som kanske till och med skulle kunnat komma hem till paret. Att inte kunna träffa en barnmorska fysiskt innan avresan skapade mycket stress hos partnern. Barnmorskan sågs som ett ankare och en trygg hamn. Flera partners beskrev frånvaron av förlossningsklinik med barnmorska på orten som en stor sorg och en skam för ett rikt samhälle att inte bereda födelseplatser närmare folket. Många beskrev en upprördhet och ilska som skattebetalande invånare att ensamma behöva transportera sin födande kvinna efter vad som i folkmun kallades Dödens väg.

”I den bästa av världar hade jag ringt vår barnmorska och hen hade följt med oss till förlossningen, men så är det ju inte...tänk vilken trygghet det hade varit, då hade hon kunnat vara med [kvinnans namn] och jag hade kunnat fokusera på att ta oss fram tryggt...för det går inte att komma ifrån...det finns bara en väg...Dödens väg...”

En önskan om att överlämna ansvaret

Partners beskrev att de gick in i en annan fas när de anlände till förlossningskliniken, deras fokus förflyttades och sinnesstämningen förändrades. De beskrev att det var först när de anlände dit som de kunde förstå varför de genomgått den tuffa färden fram; de skulle nu bli föräldrar. Att överlämna ansvaret bestod av både en känsla av lättnad att barnmorskan tog ansvaret och en trygghet att bli omhändertagen.

Att erfara lättnad

En lättnad beskrevs av alla partners vid ankomsten till förlossningskliniken. Lättnaden bestod av två delar; lättnad att få stanna för att förlossningen var i aktiv fas samt lättnad att äntligen kunna lämna ifrån sig ansvaret för den födande kvinnan till barnmorskan som visste vad som skulle göras.

”Det var en stor klump som försvann från bröstet när vi kom fram, jag tänkte att nu är vi trygga och säkra”

En partner beskrev det som en känslostorm att komma fram och flertalet drog en suck av lättnad av att vara framme. De kände att de nu hade gjort en viktig del av sitt arbete; att få sin födande kvinna till förlossningsklinik. En partner uttryckte det så här:

”Om det hade krävts av mig att jag hade varit tvungen att bära min födande kvinna till [stadens namn] för att föda, så hade jag gjort det, allting för att vi skulle komma fram i säkerhet till barnmorskan”

Det hade funnits en oro hos partnern att inte få stanna kvar och därmed tvingas att genomlida resan åter igen och på så sätt tvingas att börja om i sina förberedelser. Alla partners beskrev det som en stor lättnad att få bekräftat av barnmorskan att de skulle få stanna. En partner som fick göra resan två gånger beskriver känslor av frustration, irritation och ilska över vetskapen att behöva göra om resan flertalet gånger till. Vetskapen om att familjen genomgått resan fram och tillbaka under flera gånger visade sig påverka partnern ännu idag:

”...fasiken vi har suttit och kört tolv mil fram och tillbaka, mitt i natten...i obygdan i dåliga väderförhållanden...det gnager ju liksom fortfarande i en...i efterhand tänker man ju mycket på alla andra som också utsätter sig för det...risken alltså...”

Att erfara trygghet

Vid ankomsten till förlossningsklinik förflyttades äntligen känslan av ansvar från partnern till förlossningspersonalen där barnmorskan var en centralfigur som tog partnern från okänt farvatten till en trygg hamn. Förlossningskliniken visade sig vara en plats av trygghet där barnmorskan fanns. Barnmorskan tog inte bara hand om den födande kvinnan utan även partnern omfamnades i denna trygghet. Barnmorskan var där och tog hand om hela familjen. Partners beskrev att när barnmorskan tagit över ansvaret så kunde de själva slappna av för att de var i trygga händer och fick hjälp. Tryggheten som partners upplevde gav dem luft att andas av och en möjlighet att övergå till att vara ett stöd för sin födande kvinna.

”Barnmorskan lugnade mig så mycket, nu kunde jag äntligen slappna av och flytta fokus från vägen till min kvinna som behövde mig...vi skulle ju få barn och det förstod jag inte förrän vi var där...”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den föreliggande studien är analyserad med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvalitativ innehållsanalys är en metod som använts under lång tid vid forskning inom vårdvetenskap. Den induktiva ansatsen ses som en fördel att använda när det finns begränsad forskning inom området (Elo & Kyngäs 2008). Det har varit ett av motiven när författaren valde analysmetod. Kritiken mot den kvalitativa innehållsanalysen kommer framförallt från kvalitativa forskare som menar att metoden är alltför enkel i sin design och därmed leder till för enkla resultat. Dock anses den kvalitativa innehållsanalysen vara en fördel att använda när analyspersonen saknar gedigen erfarenhet inom forskningsmetodik (ibid.) vilket har varit en annan anledning till valet av analysmetod. Dock ses risker med kvalitativ innehållsanalys som enligt Elo och Kyngäs (2008) kan vara att frågorna som ställs är otydliga, att tolkningar blir överdrivna eller underdrivna samt att resultatet beror på den som analyserar materialet det vill säga kunskapsnivån inom metodiken hos författaren. Således finns fördelar och nackdelar med vald metodik.

Innehållet i Vetenskapsrådets publikation om God forskningssed (2017) ger kunskap om hur författaren bör förhålla sig till sin forskning. Att tänka på är att förutsättningar och utgångspunkter ska vara tydligt beskrivna i arbetet. Syftet ska vara väl beskrivet och val av metod ska återspegla möjligheten att få svar på syftet. Som ledstjärna kan sägas att det ska vara ordning och reda i arbetet som helhet. Författaren har använt sig av Högskolan i Borås *Riktlinjer för examensarbete* (2017) för att försöka uppnå god forskningssed enligt Vetenskapsrådets (2017) rekommendationer.

På grund av geografiska avstånd och därtill svårighet att närvara på intervjuplatsen valdes telefonintervju för insamling av datamaterial. Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s.190) har telefonintervju flera fördelar, där en av fördelarna är att kunna intervjua personer som bor långt borta. En nackdel med telefonintervju kan vara att intervjun blir mindre levande då ansiktsuttryck och kroppsspråk faller bort. Författaren kan se både fördelar och nackdelar med vald intervjumetod. Fördelarna har varit att deltagarna själva kunnat välja tid och plats för intervjun, och flera gav uttryck för att det var skönt att intervjuas på telefon för att kunna blotta sina innersta erfarenheter. Vetskapen om att de var helt anonyma och avidentifierade ökade enligt deltagarna på den känslan. Nackdelen har varit att författaren troligtvis har tappat bort en del av datamaterialet på vägen i form av ansiktsuttryck och kroppsspråk.

Som beskrivits ovan har utifrån Kvale och Brinkman (2014, ss.176-177) en *inledande fråga* startat intervjun och därefter har möjlighet funnits till *uppföljningsfrågor, sonderande frågor samt tystnad*. En semi-strukturerad intervjuguide (se bilaga 3) har använts, vilket Kvale och Brinkmann (2014; s. 45) anser är ett sätt att få deltagare att beskriva sina erfarenheter kring ett specifikt ämnesområde. Intervjun inleddes med frågor rörande demografiska fakta om informanter och följdes sedan av en inledande, öppen fråga.

Intervjun har spelats in vilket givit författaren möjlighet att helt koncentrera sig på sitt ämne och sin intervju. Intervjun har sedan noggrant transkriberats så nära inpå som varit praktiskt möjligt. Intervjun har då gått från muntligt språk till skriftligt språk (Kvale & Brinkmann 2014, ss. 217-218).

Giltighet speglar resultatets äkthet och huruvida studiens resultat är övertygande, trovärdigt och välgrundat (Polit & Beck 2004), giltigheten återspeglar således sanningshalten i studiens resultat (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 197-198). För att ge läsaren möjlighet att värdera giltigheten i föreliggande studie har metodavsnittet nog presenterats med urvalsförfarande och analysprocess beskrivna. Rekryteringen gjordes på sociala medier och författaren rekryterade på så vis tre informanter och via snöbollseffekten ytterligare tre. Författaren är bekant med en av informanterna vilket kan ses som negativt då bias kan uppträda. Bias kan ses som ett hot mot en studies giltighet och trovärdighet (Polit & Beck 2004). Dock har författaren bedömt att bekantskapen ej påverkat intervjun på ett negativt sätt då informanten, precis som de andra informanterna, bidrog med ett fylligt och mycket beskrivande datamaterial om dennes erfarenheter trots eller kanske tack vare bekantskapen. Under rekryteringsprocessen sågs att alla informanter tillhörde samma geografiska område trots en vilja hos författaren att rekrytera informanter i liknande kontext men i annat geografiskt område. Att alla informanter tillhör samma geografiska område kan eventuellt ses som negativt för studiens resultat. Gruppen informanter sågs däremot vara i varierade åldrar, med olika antal barn och med olika typer av erfarenheter gällande förlossning vilket kan ses som positivt för studiens resultat då variation kan ses i materialet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 198).

För att ge läsaren en chans att ytterligare göra en bedömning av giltigheten för föreliggande studie har resultatet presenterats med hjälp av citat (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 198; Elo & Kyngäs 2008). Valet att inte presentera informantens kodning gjordes för att skydda denne och bevara dennes anonymitet (Elo & Kyngäs 2008). Vid presentation av citat har författaren i möjligaste mån försökt att åstadkomma variation.

För att uppnå *tillförlitlighet* bör ett resultat presenteras med kategorier och underkategorier, en lyckad innehållsanalys visar sig då resultatet återspeglar syftet med studien (Elo & Kyngäs 2008). Föreliggande studies resultat presenteras med tre kategorier och åtta underkategorier. Författaren har under analysprocessen hela tiden gått tillbaka till studiens syfte för att försöka se till att resultaten återspeglar syftet. En nackdel med föreliggande studies tillförlitlighet är att författaren enskilt och ensamt genomfört hela processen. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 198) ökar en studies tillförlitlighet om analysprocessen görs av flera författare. Då författaren har genomfört föreliggande arbete ensamt har denna möjlighet gått om intet. Det har därför varit av största vikt att genom ett noggrant och detaljerat sätt beskriva analysprocessen så att läsaren kan få en tydlig bild av hur författaren gått tillväga (Elo & Kyngäs 2008).

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie beskrivs i temat "*Att befinna sig i en oviss livssituation med en önskan att överlämna ansvaret*" med kategorierna "*Avståndet väcker många*

känslor”, ”Ett behov av en trygg förankring” och ”En önskan om att överlämna ansvaret”.

Partners beskrev en oro för avståndet till förlossningskliniken. Redan vid graviditetsbeskedet började partners att förbereda sig inför färden. Många reaktioner och känslor framkom under denna tid och förstärktes under färden. Flera deltagare skrämdes av vetskapen att det var faktorer som de själva inte hade makten att styra över såsom väderförhållanden, avstånd och barnets framfart som påverkade utfallet. De största rädslorna var att det skulle ske en olycka eller att barnet skulle framföras efter vägen. Iiska beskrevs som reaktion på detta och nästan alla partners uttryckte frustration över det inte fanns förlossningsvård närmare hemorten. I bakgrunden finns beskrivet att ett av målen med Hälso-och sjukvårdslagen [1982:763] är att sjukvården ska bidra med en god hälsa och en jämlik och lika vård för alla invånare i samhället. Vården ska även tillgodose trygghet och vara lätt tillgänglig (Riksdagen 1982). Författaren undrar om detta verkligen gäller för de familjer som bor i denna region som i föreliggande studie beskriver att de varken känner sig trygga eller har en lättillgänglig förlossningsvård.

Under 2015 har regeringen gett i uppdrag till Myndigheten för vård-och omsorgsanalys att genomföra en översyn av regeringens och SKL's (Sveriges Kommuner och Landsting) satsning på att bland annat stärka förlossningsvården. Målet med satsningen är att förlossningsvården ska bli mer jämlik och tillgänglig. I den första delrapporten (Vårdanalys 2018) beskrivs att hälften av de öronmärkta medlen har använts till bemanningsinsatser, vilket författaren ser som positivt då det är av största vikt ur en hållbarhetssynvinkel att utbilda, rekrytera och bibehålla barnmorskor inom yrkeskåren. Men kan kanske också föra med sig att de verkliga målen med ökad tillgänglighet och jämlikhet inte kan uppnås då fokus framförallt ligger på att bemanna den verksamhet som redan finns?

Hållbarhetssynvinkeln kan även diskuteras utifrån miljöaspekten där en stor mängd bilburen transport fortgår utmed den aktuella vägsträckan, inte bara gällande förlossningsrelaterade transporter utan även annan sjukvårdsankuten transport som inkluderar privata transporter, sjukresor och ambulanstransporter. Ett av de 17 målen med Agenda 2030 är att minska klimatförändringar som till stor del beror på användningen av fossila bränslen (Regeringen 2019) vilket dessa transporter troligen inte bidrar särskilt mycket till. Författaren funderar även över om det faktiskt kan vara så att familjer väljer bort att skaffa barn eller att skaffa fler barn på grund av avståndet, vilket då ger ännu en infallsvinkel gällande den reproduktiva delen av hållbar utveckling. Att få välja själv hur många barn en familj önskar eller när i tiden familjen väljer att skaffa barnen är ett av målet med den sexuella och reproduktiva hälsan (Folkhälsoinstitutet 2019). Att behöva planera in att skaffa barn en viss årstid, vilket visat sig i föreliggande studies resultat där partners valt att planera förlossning till snöfri årstid på grund av det rådande klimatet, att det endast finns en väg att transportera sig på och att avståndet till förlossningsklinik är mer än tio mil rimmar inte väl med dessa mål.

Resultatet i föreliggande studie visade att en av de största rädslorna hos partners var att behöva förlösa sitt eget barn efter vägen. De kände sig utlämnade och fick ta på sig en roll de inte var trygga i. Ett stort ansvar upplevdes vila på deras axlar, de kände maktlöshet och rädsla och de var tvungna att stålsätta sig inför det faktum att barnet kan

födas efter vägen. Att partners erfar dessa känslor tolkas av författaren inte vara så konstigt då detta även kan ses hos specialistutbildade ambulanssjuksköterskor som vid BBA-förlossning upplever känslor av skräck, oro och stress. Ambulanssjuksköterskan upplever, trots sjukvårdsutbildning och erfarenhet, att de saknar tillräckliga kunskaper och att de saknar stödet från en närvarande barnmorska (Persson, Engström, Burström & Juuso 2018). Det kan även ses i Erlandsson, Lustig och Lindgrens (2015) studie där svenska kvinnor som fött barn innan ankomsten till sjukhuset beskrev att de pendlade mellan en känsla av kontroll och skräck under födelsen. Efteråt beskrev de att det bara varit tur att det gått bra, vilket kan härledas till resultatet i föreliggande studie som visar att partners upplever att komma fram eller inte som ett lotteri.

Föreliggande studie beskriver i bakgrunden att barn som föds utanför sjukhus utan en närvarande barnmorska visar sig ha en avsevärt ökad risk för mortalitet och inläggning på neonatalavdelning är vanligare. Resultatet beskriver en ansvarsbörda på partners. Tidigare forskning på magisternivå gjord på kvinnors erfarenheter av att ha mer än tio mil till förlossningsklinik visar dessutom att kvinnor till stor utsträckning tar ansvar för att föda i trygghet (Torneus och Wickman 2018). Författaren ställer sig frågande till hur stor ansvarsbörda som kan läggas på en blivande familj utan att det blir konsekvenser av det? Partners i föreliggande studie beskriver att de många år efter förlossningen fortfarande har tankar och känslor kring de erfarenheter de bär med sig.

Partners i föreliggande studie uttryckte ett behov av att prata med andra blivande och redan existerande föräldrar för att dela med sig av sina erfarenheter och tankar. De kände att behovet fanns men lyfte inte upp det ytan. De stängde inne sina känslor för att inte skrämma andra och för att vara kontrollerad inför sin födande kvinna. De ville inte blotta sina känslor. De beskrev att barnmorskan inte pratade så mycket om avståndet och att information och kunskap egentligen inte hade gjort dem mer trygga då avståndet kvarstod. Halle, Dowd, Fowler, Rissel, Hennesy, MacNevin och Nelsons (2008) studie visade att partners i stor utsträckning saknade stöd i frågor rörande graviditet och barnafödande trots att urvalet av informanter ansågs vara resursstarka i form av utbildning, geografisk utbredning och ekonomi, vilket även ses i föreliggande studie. Halle et al (2008) argumenterar för att detta skulle kunna bero på att partners i liten utsträckning möter varandra i dessa frågor och att samhället ser på partnern som familjens starka person och beskyddare. Detta till trots är det en viktig fråga att lyfta då Socialstyrelsens utredning Stöd i föräldraskapet som utkom 1997 pekar på vikten av föräldrautbildning för båda föräldrarna och att enskild pappautbildning borde vara en obligatorisk del av föräldrautbildningen för att stärka mannen i sitt blivande föräldraskap. Den specifika pappautbildningen skulle enligt Socialstyrelsen (1997) bidra till en tidig insikt om föräldraskapet, en större känsla av ansvar samt vara en plattform där män kan dela kunskaper och frågeställningar. Positivt är att på mödrahälsovården i Region Norrbotten erbjuds föräldrautbildning till förstagångsföräldrar och på vissa mottagningar erbjuds så kallade partner-samtal vars syfte är att stödja partners i föräldraskapet och bidra till ett jämställt föräldraskap (Region Norrbotten 2017). Författaren till föreliggande studie argumenterar för att partnern är en mycket viktig del i familjebildandet och för familjens välmående, och att partners i allra högsta grad bör involveras i frågor som rör graviditet och förlossning för att kunna vara det stöd som forskning visar är så viktigt för den födande kvinnan (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala 2013).

I föreliggande studie beskrev partners att de saknade en fysisk förankring i form av en barnmorska. De uttryckte en önskan om att ha en barnmorska nära och tillgänglig som kunnat vara trygghet och den trygga hamn som de saknade. Uttrycket förankrad följeslagare beskrivs av Lundgren (2004) som i sin forskning kommit fram till att barnmorskan i mötet med den födande kvinnan är hennes förankrade följeslagare. Barnmorskan är tillgänglig, lyssnande och delar förlossningen tillsammans med kvinnan. Barnmorskan bevakar kvinnans fysiska gränser och de professionella gränserna och bevakar att den födande kvinnan inte passerar sin gräns för sin egen förmåga. Författaren till föreliggande studie, där avståndet visat sig påverka partners före, under och efter förlossningen, frågar sig vem tar hand om de erfarenheter som följer med när partners passerar gränsen för sin egen förmåga? För att återknyta till Bäckström och Hertfelt Wahns (2011) resultat som visade att partners som inte fick stöd under förlossningen upplevde utanförskap vilket resulterade i ett hämrat stöd till den födande så tänker författaren till föreliggande studie på de partners som under en lång tid transporterar en födande kvinna utan en närvarande barnmorska. Föreliggande studies resultat visade hur viktig barnmorskan är för partners för att de skulle kunna känna trygghet och lugn och därmed också kunna vara ett stöd för den födande kvinnan. Enligt Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A-L. & Berg, M (2011) tros stödet från partners till den födande kvinnan beror på hur mycket stöd som partners å sin sida får från barnmorskan.

Slutsats

Resultatet i föreliggande studie beskrev att partners erfor känslor av maktlöshet och rädsla. De uppfattade obekanta känslor under färden och känslorna de bar med sig var både positiva och negativa. Partners beskrev ett behov av praktiska och mentala förberedelser för att skapa trygghet och såg barnmorskan som en trygg, fysisk förankring som minskade stress. De hade en önskan om att överlämna ansvaret för den födande kvinnan och erfor både lättnad och trygghet vid ankomsten till barnmorskan på förlossningskliniken. Förhoppningen är att resultatet kan bidra med en ökad kunskap i ämnet och ge barnmorskan en fördjupad förståelse för hur avståndet påverkar partners både före, under och efter förlossningen. Resultatet kan även bidra med inspiration till vidare forskning som kan stärka studiens resultat.

Förslag till vidare forskning

- Barnmorskans erfarenheter av att vårda familjer med långa avstånd till förlossningsklinik
- Undersöka vilket typ av stöd som partners har behov av
- Caseload-projekt i Region Norrbotten
- Upplevelsen av BBA-födelse hos kvinnor och/eller partners

REFERENSER

Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. URL:<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf> [20181102]

Bäckström, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support in labour: First-time fathers descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27, ss. 67-73.

Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), ss. 563-570.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.

Engjom, HM., Morken, NH., Höjdal, E., Polit, C., Norheim, OF. & Klungsöyr, K. (2017). Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(210), ss. 1-12.

Elandsson, K., Lustig, H. & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden: a phenomenological description. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6, ss. 226-229.

Finnbogadottir, H., Crang-Svalenius, E. & Persson, EK. (2003). Expecting first-time father's experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19(2), ss. 96-105.

Folkhälsoinstitutet. (2019). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/> [20190110].

Forsyth, C., Skouteris, H., Wertheim, EH., Paxton, SJ. & Milgrom, J. (2011). Men's emotional responses to their partner's pregnancy and their views on support and information received. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51, ss. 53-56.

Genesoni, L. & Tallandini, M.A. (2009). Men's transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, 36(4), ss. 305-317

Grybowski, S., Stoll, K. & Kornelsen, J. (2011). Distance matters: a population bases study examining access to maternity service for rural women. *BMC Health Services research*, 11, ss. 147-154.

Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennesy, K., MacNevin, R. & Nelson, AM. (2008). Supporting fathers in their transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), ss. 57-70.

Hildingsson, I., Cederlöf, L. & Widén, S. (2011). Father's birth experiences in relation to midwifery care. *Women and Birth*, 24(3), ss. 129-136.

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of childbirth is a feasible option. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 8, ss. 50-55.

Hildingsson, I. & Sjöling, M. (2011). Fathers experience of support during pregnancy and the first year following childbirth-findings from a Swedish national survey. *Journal of Men's health*, 8(4), ss. 258-266.

Hodnett, CD., Gates, S., Hofmeyr, GJ. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, ss. 1-118.

Högskolan i Borås. (2017). *Riktlinjer för examensarbete på magisternivå i huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa*.
https://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H18_Riktlinjer%20-%20MAGISTER_Sexuell%20o%20reprod.pdf [2017-12-18]

Karolinska Universitetssjukhuset. (2018). *Min barnmorska. Caseload Huddinge*. URL:
<https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/> [20181212]

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, s. 45; ss. 107-110; ss. 176-177; s. 190; ss. 217-218

Lundgren, I. (2004). Vård vid normalt barnafödande. I Lundgren, I. & Berg, M. (red.) *Att stödja och stärka*. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 124-138.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. 3.uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 197-198; ss. 211-213; s. 222.

Länsstyrelsen. (2017) *Om länet Norrbotten i korthet*. URL:
<http://www.lansstyrelsen.se/Norrbotten/Sv/om-lansstyrelsen/om-lanet/norrbotten-i-korthet/Pages/default.aspx> [20171121]

McLelland, G., McKenna, L. & Archer, F. (2013). No fixed place of birth: Unplanned BBA's in Victoria, Australia. *Midwifery*, 29, ss. 19-25.

Myndigheten för vård-och omsorgsanalys. (2018). *I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa*. URL:
file:///C:/Users/marie/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8b-bwe/TempState/Downloads/I-väntans-tider_rapport_2018_2_FINAL.pdf [20181215]

Persson, A-C., Engström, Å., Burström, O. & Juusu, P. (2018). Specialist ambulance nurses experiences of birth before arrival. *International emergency nursing*, URL: <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.ienj.2018.08.002>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. 7. uppl. Lippincott, Williams & Wilkins, ss. 35-40.

Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A-L. & Berg, M. (2011) First-time father's experiences of childbirth-A phenomenological study. *Midwifery*, 27, ss. 848-853.

Region Norrbotten. (2017) *Kliniker och mottagningar*. URL: <http://www.norrbottn.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Kliniker-mottagningar/BB-webben/> [20171120]

Redshaw, M. & Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and childbirth*, 13(70), ss. 1-15.

Regeringen. (2019). *Bekämpa klimatförändringen*. URL: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/bekampa-klimatforandringen/> [20190111].

Riksdagen. (1982). *Hälso-och sjukvårdslagen 1982:763*. URL: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763 [20181215]

Skirnisdottir Vik, E., Haukeland, GT. & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, ss. 10-15.

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf> [20181212]

Socialstyrelsen. (2015). *Medicinska födelseregistret. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf> [201711209]

Socialstyrelsen. (1997). *Stöd i föräldraskapet. SOU 1997:161*, ss. 161-169.

Statistiska Centralbyrån. (2017). *Statistikdatabasen*. URL: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/?rxid=daea4d63-e90d-4929-85b3-bf10047cbf5d [20171120]

Svenska Akademiens ordböcker. (2018). URL: <https://svenska.se/> [20181201]

Tidskriften Ottar. (2017). *BB-avstånden ökar. Så långt är det I din kommun.* URL: <https://www.ottar.se/artiklar/bb-avst-nden-kar-s-l-ngt-r-det-i-din-kommun> [20171123]

Torneus, E. & Wickman, C. (2018). *Kvinnors erfarenheter av att ha mer än tio mil till närmaste förlossningsklinik.* Magisteruppsats, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd. Borås: Högskolan i Borås.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed.* URL: https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/?_ga=2.19857585.820862694.1512634792-1689680461.1512634792 [20171206]

Västernorrlands läns landsting. (2018). *Barnmorska hela vägen. En ny vårdmodell i Sollefteå/Kramfors. Kontinuitet Mödravård – barnafödande – eftervård.* URL: https://skl.se/download/18.1398837915d15d05dc28a9d/1499340545164/Barnmorska_hela_vagen_Solleftea_Workshop_Umea.pdf [20181212]

WHO. (2004). *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets.* URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf;jsessionid=7B9AF2AE927759F5991756C4208B5907?sequence=1

World Medical Association. *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, adopted by the 18th WMA General Assembly.* (2013). France, World Medical Association.

Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS

Informationsbrev

Jag är legitimerad sjuksköterska och studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Syftet med examensarbetet är att beskriva *partners erfarenhet av långa avstånd till förlossningsklinik* för att därigenom få större förståelse och kunskap kring vården.

För deltagande i studien krävs att du ska ha blivit förälder till ett eller fler barn och medföljt din partner till förlossningskliniken. Du ska själv ha kört fordonet till förlossningskliniken och ni ska ha haft mer än 10 mil till närmaste förlossningsklinik. Förlossningen ska ha startat i hemmet eller på annan plats utanför sjukhuset, om förlossningen satts igång på medicinsk väg på sjukhuset (så kallad induktion/igångsättning) är detta exkluderande för deltagande i studien. Födelsen ska ha skett på sjukhusets förlossningsklinik. Om du uppfyller ovanstående kriterier och önskar att delta läs gärna vidare i brevet.

Jag frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse.

Intervjuerna kommer göras utav mig. Du får själv välja önskad tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30-60 minuter. Den kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuaren (Marie), kan få tillgång till det. I resultatet aidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför. Om du önskar delta i studien, vänligen meddela mig via e-post, telefon eller SMS så snart du bestämt dig. Jag kommer därefter kontakta dig via telefon för att bestämma plats och tid för intervjun. Samtyckesformulär erhålles i samband med intervjutillfället. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta mig. Jag nås på telefon eller e-post på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Åsa Larsson, Universitetsadjunkt vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033- 435 40 00 vxl eller e-mail: asa.larsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Namn: Marie Sixtensson

Tel: 070-584 20 32

Mail: s161306@student.hb.se alternativt mariesixtensson@hotmail.com

Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av medskickad information angående intervjustudien om partners upplevelse av långa avstånd till förlossningsklinik och är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag kan vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn

Namnförtydligande

Ort och datum

Med vänliga hälsningar

Marie Sixtensson

Tel: 070-584 20 32

Mail: s161306@student.hb.se

Bilaga 3

Intervjuguide

- Demografiska fakta; ålder, kön, yrke, antal barn, födelseår, årstid vid födseln, längd till förlossningsklinik, transportsätt, födelseplats
- Med tanke på avståndet till förlossningen, kan du berätta om din erfarenhet av det?
- Förberedde du dig på något sätt inför förlossningen?
- Hur upplevde du resan?
- Hur kändes det att komma fram?
- Hur kändes det?
- Vilka känslor väckte det hos dig?
- Kan du utveckla?
- Hur menar du?
- Vill du tillägga något mer?
- Nu har jag inga fler frågor, finns det något som du vill tillägga innan av avslutar?