

Ett kommunikationsverktyg utvecklat för och med nyblivna föräldrar – en fallstudie inom postpartum vården

Susanne Lindberg

Examensarbete, 30 hp, masteruppsats

Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

Jönköping, juni 2014

Handledare: Karina Huus, Lektor

Examinator: Boel Andersson Gäre, Professor

Sammanfattning

Bakgrund: Det finns beskrivet både nationellt och internationellt att nyblivna föräldrar upplever brister inom vården efter förlösning. För att ta fram nya arbetssätt på ett BB-hotell i Stockholm genomfördes ett förbättringsarbete under tiden september 2013 till mars 2014 i syfte att gemensamt utveckla verktyg för ökad delaktighet och behovsanpassad information så att föräldrar skulle vara trygga inför hemgång.

Syfte: Förbättringsarbetet syftade till att öka nyblivna föräldrars upplevelse av delaktighet och information utifrån behov genom att tillsammans med barnmorskor utveckla ett kommunikationsverktyg kallad familjens checklista. Studien syftade till att beskriva nyblivna föräldrars uppfattning om familjens checklista.

Metod: Det var en deskriptiv fallstudie med induktiv ansats. Tre fokusgruppsintervjuer genomfördes med föräldrar och barnmorskor tillsammans. Fokusgrupperna hade två perspektiv att gemensamt steg för steg utveckla kommunikationsverktyget och att beskriva nyblivna föräldrars uppfattning, vilket analyserades med kvalitativ manifest innehållsanalys. Under förbättringsarbetets gång genomfördes tre enkätundersökningar med frågor till både mamma och partner/närstående.

Resultat: Föräldrarna uppfattade att kommunikationsverktyget fungerade som stöd i dialogen med barnmorskan och att de kunde styra in samtalet utifrån egna behov. Ett verktyg som gav egenkontroll och överblick i vad som kunde förväntas under vårdtid och i rollen som nybliven förälder. Enkäterna påvisade en ökad delaktighet, tillräckligt med information utifrån behov samt trygghet inför hemgång från BB-hotellet.

Slutsats: Med förbättringskunskap, professionell kunskap och tillsammans med nyblivna föräldrar utvecklades ett användbart och behovsanpassat kommunikationsverktyg som gav stöd i samtal och informationsutbyte. Ett verktyg som bidrog till ökad delaktighet och behovsanpassad information.

Nyckelord: delaktighet, kvalitetsförbättring, känsla av trygghet, pappor, personcentrerad vård, postnatal vård, postpartum vård

Summary

A communication tool developed with and for parents – a case study within postpartum care

Background: It has been nationally and internationally documented that parents experience needs of improvement concerning postpartum care.

Purpose: The purpose of this quality improvement work was to improve parent's experience of involvement and to get relevant information according to needs. Together with midwife's they develop a communication tool called "Family checklist". The purpose of this study was to describe parent's experiences concerning the "Family checklist"

Method: A case study with an inductive approach carried out with three focus group interviews conducted by parents' and midwives. The focus group collaboratively, step-by-step improve the communication tool and parent's opinion analyzed with qualitative content analysis.

Result: The parents experienced that the communication tool worked well in their dialogue with the midwife's and they could maneuver the conversation depending on their needs. They experienced that the tool allowed them to be in control and to supervise what was expected of them during their time in postpartum care and in their roles as recent parents.

Conclusion: With knowledge of improvement, professional knowledge and in collaboration with recent parents a useful tool has been developed giving support in dialogue and exchange of information.

Keywords: fathers, participation, person-centered care, postnatal care, quality improvement, sense of security, postpartum care

Innehållsförteckning

Inledning	6
Ett nationellt perspektiv på förlossningsvården	7
Styrdokument och lagar i Sverige	8
Kvalitetsutveckling och ledarskap	9
Begrepp och definitioner	10
Syfte	11
Material och metod	12
Metoder för genomförande av förbättringsarbetet	12
Forskningsmiljö	12
Förbättringskunskap	15
Genomförande av förändringsarbetet	15
Fokusgruppsintervjuer	16
Patientenkäter	16
Författarens roll	17
Förbättringshjul PGSA	17
Metoder för studie av förbättringsarbete	19
Fokusgruppintervjuer	19
Kvalitativ innehållsanalys	19
Datainsamling och analys	20
Förbättringsarbetet (kvantitativ datainsamling)	20
Studie av förbättringsarbetet (kvalitativ datainsamling)	21
Etiska överväganden	24
Resultat	25
Resultat av enkätstudie i förbättringsarbete	25
Andel mammor och partner/närstående upplevelse av delaktighet	26
Andel mammor och partner/närstående upplevelse av tillräckligt med information.....	27
Andel mammor och partner/närstående som upplevelse av trygghet inför hemgång.....	28
Resultat av studie av förbättringsarbete	29
Diskussion	33
Metoddiskussion	33
Förbättringsarbete	33
Metoddiskussion	35
Studie av förbättringsarbete	35
Resultatdiskussion	36
Förbättringsarbete	36
Resultatdiskussion	38
Studie av förbättringsarbete	38
Slutsatser	39
Tack	40
Referenser	41

Bilagor	45
Bilaga 1. Processbeskrivning av ny arbetsrutin	45
Bilaga 2. Sammanställning av identifierade förbättringsområden.....	46
Bilaga 3. Kommunikationsverktyget familjens checklista	47
Bilaga 4. Stickprov med journalgranskning för utfall PGSA hjul 4.....	49
Bilaga 5. Patientenkät med frågor till båda föräldrarna.....	50
Bilaga 6. Informationsbrev om fokusgruppsdeltagande till föräldrar på BB-hotellet	52
Bilaga 7. Intervjuguide för fokusgrupp 1, 2 och 3.....	53

Inledning

World Health Organisation (WHO) beskriver perioden efter barnets födelse som en kritisk omställningstid för mamma, hennes nyfödda barn och hennes familj såväl psykologiskt, känslomässigt som socialt. Trots det har mödrarnas och det nyfödda barnets behov allt för ofta överskuggats av den uppmärksamhet som perioden runt graviditet och förlossning erhållit i både industriländer och i utvecklingsländer (WHO, 1998).

I en litteraturoversikt med 18 artiklar publicerade mellan 1963 och år 2000 belyses de kunskapsluckor som finns inom vården efter förlossning (Bowmans, 2005). Översikten beskriver de nyblivna mammornas behov av information och lärande samt hur behovet varierar under den första tiden efter barnets födelse. Författaren anger att trots all den tid som ägnas åt att förbättra information och undervisning till nyblivna mammor tyder resultatet på att mammornas behov av lärande är otillfredsställt. Översiktens slutsats är att det behövs mer forskning för att fylla kunskapsgapet och för att kunna ge nyblivna mammor rätt information vid rätt tidpunkt. Likaså i en enkätstudie från Australien beskriver Emmanuel, Creedy och Fraser (2001) nyblivna mammors behov av en utbildning som är individuellt anpassad. Författaren skriver att den korta vårdtiden gör att barnmorskor behöver omvärdera hur och när mammors informationsbehov kan tillgodoses och att vården inte är patientcentrerad.

Även i Kina har vårdtiden efter förlossning förkortats vilket Lomoro, Ehiri, Qiang och Tang (2002) belyser i en studien omfattande 45 semistrukturerade intervjuer med främst förstagångsmammor där hälften ansåg att eftervården inte var av god kvalitet. Det fanns en gemensam syn bland mammorna i studien att vården behövde utvecklas främst avseende mammors behov av råd kring barnets omvårdnad och råd om den egna hälsan.

För att belysa både vårdtagare och vårdgivares erfarenheter av vård efter förlossning gjorde Valbø, Hestad Iversen och Kristoffersen (2011) en enkätstudie bland både mammor och vårdpersonal. Där framkom att båda grupper var mycket nöjda med vården överlag trots den allt kortare vårdtiden. Men studien belyser vissa motsägelser där förväntningar och erfarenheter efterfrågades hos både mammor och vårdgivare. Ett område som skiljde var att mammor var mindre nöjda med utbildning om barnets vård emedan vårdgivare ansåg utbildningen vara adekvat. Ett annat område med skillnad var att vårdgivare var mindre benägna att ta hand om barnet nattetid vilket mammor önskade. Författarna skriver att både personal och mammor bör få möjlighet att uttala sig och värdera vårdens kvalitet. I en Australiensk studie efterfrågades barnmorskors upplevelse av utveckling mot en mer individanpassad eftervård. Slutsatsen var att barnmorskor såg behovet av utveckling inom eftervården samt att de ställde sig positiva den utvecklingen. De skriver också att barnmorskors syn och erfarenheter bör efterfrågas samt att barnmorskor bör involveras i kvalitetsutveckling och implementering (Morrow, McLachlan, Forster, Davey & Newton, 2013).

Ett nationellt perspektiv på förlossningsvården

Under 2012 föddes enligt Socialstyrelsen 113 177 barn i Sverige, varav storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö stod för 24 procent av barnafödandet i landet. Vård efter förlossning (eftervård) i Sverige har genomgått stora förändringar under de senaste 30 åren, medelvårdtiden vid vaginal förlossning har minskat från 6 dagar år 1973 till 2 dagar år 2009 och vid kejsarsnitt har medelvårdtiden minskat från 9 till drygt 3 dagar under samma tidsperiod (Medicinska födelseregistret 1973–2010, Socialstyrelsen 2012).

Det finns ett behov av att diskutera och specificera syftet med eftervården i ljuset av att vårdtiden blivit allt kortare och där samhällets medborgare ställer ökande krav på information och individuell vård. Det anger Rudman och Waldenström (2007) i sin studie där en stor andel av kvinnorna framförde allvarligt negativa kommentarer om eftervården och trots det skattade 51 procent av kvinnorna övergripande eftervården som positiv eller mycket positiv. De negativa kommentarerna kategoriserades i sex områden. Organisationen var en kategori som berörde för lite personal med för lite tid. Där framkom också att vård på patienthotell upplevdes som isolerad och inte anpassad för vård. Andra negativa kommentarer rörde personalens attityd och beteende, amningsstöd, otillfredsställande information, papparollen och brist på uppmärksamhet avseende kvinnans fysiska hälsa och känslomässiga förändringar. I en annan studie av Waldenström, Rudman och Hildingsson (2006) framkom att 10 procent av nyblivna mammor inte var nöjda med förlossningsvården och 26 procent inte var nöjda med eftervården. Övergripande var kvinnorna mer nöjda med förlossningsvården än med eftervården vilket författarna diskuterar utifrån att förlossningsvård är mer akut och potentiellt mer livshotande vilket kan bidra till känsla av tacksamhet att allt gick väl och överskuggar andra aspekter av vården. Eftervården är till sin natur mer diffus och den nyblivna mamman är i en annan emotionell fas av trötthet, nya krav av föräldraskap vilket kan påverka hennes upplevelse av eftervården.

Forskning av Johansson, Rubertsson, Rådestad och Hildingsson (2013) i Sverige anger att övergripande är de flesta papporna nöjda med eftervården men att 21 procent är missnöjda framförallt med hur de blivit bemötta och med brister i partners medicinska kontroller oavsett vårdform, förlossningsutfall eller sociodemografisk bakgrund. När papporna i studien tillfrågades två månader efter avslutad vårdtid var bristen på information om barnets behov och omvårdnad det som anges, då främst om vården skett på patienthotell. På hotell beskrevs 66 procent otillräcklig information om barnets praktiska vård och 55 procent om barnets behov. Författarna anger att pappor önskar ta aktiv del i föräldraskapet och att bli behandlad som en viktig och nödvändig del i partners och barnets vård.

I Sverige idag finns olika former av eftervård så som traditionell eftervård på sjukhus, patienthotell för eftervård och att familjerna går hem och får besök i hemmet. I Fredriksson, Högborg och Lundmans (2003) studie anges att nyblivna föräldrar bör få möjlighet att själva få välja den vårdform som bäst möter föräldrarnas individuella behov och förväntningar. De skriver också att behov av trygghet involverar inte bara medicinsk säkerhet utan också att få vara tillsammans som en familj och att ha en bra fördelning av ansvar mellan dem själva och vårdpersonal.

Faktorer som påverkar känslan av trygghet under den första veckan efter barnets födelse hos både mammor och pappor har studerats av Persson, Fridlund, Kvist och Dykes (2010) och (2012). Där stöd och support av vårdpersonal och att bli bemött som en individ är viktiga faktorer för de nyblivna mammorna. De önskar också erhålla relevant och konsekvent information och veta vart de kan vända sig när behov uppstår, dygnet runt. Pappans närvaro under

vårdtiden och en positiv attityd hos vårdpersonal för pappans involvering ökade kvinnans känsla av trygghet. För nyblivna pappors känsla av trygghet är delaktighet i hela vårdprocessen viktig samt möjlighet att stanna kvar över natten. Information ska vara individuell och konsekvent och då framförallt information om amning.

De årligen återkommande patientenkäterna, nationella och vårdval BB/förlossning, återspeglar kvinnors upplevelse av brister i den individuella informationen inom eftervården. Nyligen gjordes en genomlysning av samtliga förlossningsenheter i Stockholm som bland annat påvisar ett patientnöjdhetsindex (0-100) medelvärde för ”fick tillräcklig information om amning/matning” 63 (av 100), ”fick tillräcklig information om barnets skötsel” 60 (av 100) och ”fick tillräcklig information om sitt hälsotillstånd” 63 (av 100). Rapporten bygger på patientenkät vårdval BB/förlossning från 2012 (Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholm, 2014).

Styrdokument och lagar i Sverige

Det finns lagligt stöd i Sverige för att hälso- och sjukvård ska tillgodose den enskilda människans självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta regleras enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) information och medinflytande är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att kunna utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården.

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anger att vårdgivare ansvarar för att verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet. Det innebär att kontinuerligt följa upp vården resultat och jämföra dessa i nationella och regionala kvalitetsregister för fortsatt utveckla och förbättra vårdens resultat. I Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård anges vården vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och i rimlig tid. Ett patientcentrerat arbetssätt och en delaktig patient har en positiv inverkan på vårdens resultat (Nationella indikatorer för god vård, 2009).

Januari 2009 infördes vårdval förlossning i Stockholms läns landsting. Från den tidpunkten måste vårdgivare uppfylla auktoriseringsvillkoren uppställda enligt regelboken för förlossningsverksamhet och bedriva en medicinskt säker och trygg vård med möjlighet att handlägga alla typer av förlossningar för såväl gravid, födande som nyförlöst kvinna och hennes barn (Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting [HSF SLL], 2013). Det fria valet av förlossningsklinik samt de naturliga variationerna under och mellan år av antal födande kvinnor i regionen är en utmaning att hantera för förlossningsenheterna. Det innebär att varje förlossningsenhet ska kunna moderera sin kapacitet efter behov och efterfrågan på kort sikt vilket är en svårighet idag.

Kvalitetsutveckling och ledarskap

Inom hälso- och sjukvården idag finns ständiga krav på kvalitetsförbättringar och effektiviseringar vilket modellen kliniska mikrosystem kan underlätta att förverkliga. Genom att förstå och använda mikrosystemets metoder och principer bidra till bättre utfall för patienter, bättre professionell utveckling för medarbetare och bättre prestation på systemnivå. Ett mikrosystem är omslutet av både meso- och makrosystem där makrosystemet oftast är sjukhusorganisationen (Nelson et al. 2008). Ett mikrosystem inkluderar patienter och deras närstående, personal och olika stödprocesser och är vårdens minsta värdeskapande enhet (Nelson et al. 2002; Nelson, Batalden & Godfrey, 2007). För att utveckling och förbättring ska ske anges framgångsfaktorerna som patientfokus, medarbetarfokus, ledarskap, makrosystemets stöd till mikrosystemet och att arbeta i oberoende team (Nelson et al. 2002).

Ett mikrosystem i utveckling behöver ett ledarskap vilket Batalden et al. (2003) beskriver i termer av hur ledare leder utveckling i det vardagliga arbetet. En ledare ställer frågor, omvärderar och reflekterar. De vet vad som behöver göras för att få saker att ske samt att ledarskapet handlar om att bana väg för andra att utvecklas som ledare, vilket gör att ledarskap kan delas med flera. Nelson et al. (2007) beskriver lärande i utveckling som att uppleva något och reflektera över denna observation eller erfarenhet för att försöka få en förståelse och utifrån det bygga framtida utvecklingssteg.

Att ha patientfokus i utvecklingsarbetet beskriver Mugglestone, Maher, Manson och Baxter (2008) som en användarcentrerad design där utvecklingen sker i samarbete med användaren av en produkt. De skriver att nästa steg är en erfarenhetsbaserad design (EBD) vilket innebär att också de professionella i involveras i själva designprocessen. EBD beskrivs av Pickles, Hide och Maher (2008) som ett förhållningssätt att ständigt reflektera över patientens behov i samklang med och personalens erfarenhet och kunskaper. Syftet med EBD är enligt Bate och Roberts (2007) att göra användarens erfarenhet och uppfattning tillgänglig för de som designar och utvecklar hälso- och sjukvård.

Begrepp och definitioner

Postpartum vård

Vårdtiden efter förlossning benämns omväxlande postnatal vård eller postpartum vård. WHO (2010) skriver att postnatal vård något mer fokusera på barnets behov och att postpartum vård något mer fokusera på mammans behov. I titeln i denna studie valdes postpartum vård vilket också WHO (2010) anger kan omfatta både mor och barn under tiden efter förlossning.

Delaktighet

Begreppet delaktighet är inte väl definierat och olika termer används omväxlande enligt Longtin et al. (2010). De skriver att patientens delaktighet kan förbättra beslutsprocessen men att många olika faktorer påverkar dess tillförlitlighet och införande.

Socialstyrelsens handbok beskriver att en delaktig patient lättare medverkar till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker därmed kan förebyggas. Begreppet som individuellt anpassad innebär att informationen ska förmedlas utifrån varje patients förutsättningar och förmåga att ta emot och ta till sig information samt att informationen ska vara anpassad till den enskilda patientens individuella behov (Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, 2012). I denna studie betraktas delaktighet innebära att beslut om vård och omvårdnad skapas i en dialog mellan patient och vårdpersonal samt att kommunikation baseras på respekt för individen som människa och jämlike där kommunikation och lyhördhet är en förutsättning för patientens delaktighet (Bülow, Persson Thunqvist & Sandén, 2012; Kiessling & Kjellgren, 2004; Larsson, Palm & Rahle Hasselbalch, 2008).

Patient och personcentrerad vård

Enligt Kitson, Marshall, Bassett och Zeitz (2013) forskningsöversikt finns det få gemensamma definitioner för patientcentrerad vård dock anger de tre huvudteman; patientens delaktighet och involvering, relationen mellan patient och vårdens professionella samt den kontext där vården ges. Författarna föreslår att nästa steg i att förverkliga en patientcentrerad vård i praktiken är att ha samarbetsteam där vårdens professionella och patienter tillsammans arbetar fram ramverk och språk för att erhålla en gemensam förståelse för vad en patientcentrerad vård innebär.

Myndigheten för vårdanalys har utkommit med en rapport angående patientcentrerad vård i Sverige idag. Rapportens definition för patientcentrerat sjukvård är att patienterna har tillgång till den information de behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och vård. En väl-informerad och utbildad patient är bättre rustad att aktivt interagera som samarbetspartner i den egna vården. Att engagera och involvera familj och vänner i patientens vårdupplevelse är en annan avgörande dimension av patientcentrerad vård (Myndigheten för vårdanalys, 2012:5).

WHO (2013) beskriver personcentrerad hälso- och sjukvård som fokuserad och organiserad kring hälsa, behov och förväntningar hos människor, snarare än på sjukdomar. WHO fortsätter och beskriver att en personcentrerad vård utvidgar begreppet patientcentrerad vård till att inkludera individer, familjer och samhället vilket kan ha en avgörande roll i utformning av hälso- och sjukvård.

Göteborgs Universitets Centrum för personcentrerad vårds webbsida beskriver att en personcentrerad vård tar sin utgångspunkt i patientens upplevelse av situationen och utgår från individens resurser. Tre nyckelbegrepp anges: partnerskap mellan patient och vårdpersonal vilket innebär ömsesidig respekt för varandras kunskap, patientberättelsen som förutsättning för personcentrerad vård och dokumentation av patientberättelse och vårdplan (Göteborgs universitet Centrum för personcentrerad vård, 2014).

Pappa, partner/närstående

Artiklar beskrivna i inledningen av denna studie handlar ofta om pappor (fathers) varför begreppet pappa används när författarna angett detta. I denna föreliggande studie används begreppet partner/närstående vilket betyder att begreppet vidgas något, att förutom pappor, omfatta partner eller annan närstående till mamma och barn.

Verktyg för information/kommunikation

De flesta verktyg som hittats används av vårdpersonal som informationsstöd att tillhandahålla en individuellt anpassad information alternativt som stöd för patientens delaktighet i beslut rörande den egna vården. I Uppsala använder barnmorskor en checklista som informationsstöd vid hembesök hos nyblivna föräldrar, vilket de anger fungerar väl när barnmorskan efterfrågar viktig information från föräldrarna (Johansson & Darj, 2004). I en engelsk forskningsöversikt undersöktes effektiva interventioner som kunde förbättra kommunikationen inom förlossningsvården. Strukturerade checklistor gav ett visst stöd för informationsinhämtning emedan datorbaserade checklistor var mer effektiva (Rowe, Garcia & Macfarlane, 2002). Detta förbättringsarbete ämnar utveckla familjens checklista till att bli ett kommunikationsverktyg i informationsflödet mellan föräldrar och barnmorskor.

Det finns beskrivet nationellt och internationellt att nyblivna föräldrar upplever brister inom eftervården. Med kortare vårdtider och glesare bemanning på ett nyöppnat BB-hotell bör nyblivna föräldrars behov och rättighet till delaktighet och behovsanpassad information särskilt beaktas. I detta förbättringsarbete kommer därför föräldrar och barnmorskor tillsammans steg för steg utveckla ett kommunikationsverktyg, kallad familjens checklista. En checklista som över tid ska bli så behovsanpassad och användbar som möjligt i strävan mot en mer personcentrerad vård.

Syfte

Förbättringsarbetet syfte var att öka nyblivna föräldrars upplevelse av delaktighet och information utifrån behov genom att tillsammans med barnmorskor utveckla ett kommunikationsverktyg kallad familjens checklista.

Studien syftar till att beskriva nyblivna föräldrars uppfattning om familjens checklista.

Material och metod

I detta avsnitt presenteras kontext för förbättringsarbetet och studie. För att tydliggöra de två delarna presenteras i metodavsnittet först metoder för genomförandet av förbättringsarbetet, följt av metoder för att studera förbättringsarbetet. Vissa referenser kan således förekomma i båda delar.

Metoder för genomförande av förbättringsarbetet

Forskningsmiljö

Ett av Stockholms större sjukhus har öppnat ett patienthotell i syfte att frigöra vårdplatser för mindre vårdkrävande patientgrupper. Hotellet ska vara kostnadseffektivt och kunna erbjuda en modern hotellmiljö för dessa patientgrupper. Det finns 72 rum som sjukhusets olika verksamhetsområden kan boka för patienter som till exempel väntar på behandling eller operation. För verksamhetsområde kvinnosjukvård förlossning finns det 18-24 hotellrum för nyblivna familjer efter förlossning. Hotellet drivs av extern hotellentreprenör som står för all service, restaurang samt för in/ut checkning och det ligger i nära anslutning till sjukhuset med kulvertgenomgång för gående och patienttransporter. För kvinnoklinikens verksamhet innebär hotellet att fler familjer kan erbjuds möjlighet att stanna kvar tillsammans under hela vårdtiden. En annan fördel är ett flexibelt antal rum beroende på antal förlossningar. Värdet för familjerna är att få vård i modern hotellmiljö med tillgängliga barnmorskor dygnet runt.

Förbättringsarbete har genomförts på patienthotellets enhet för nyblivna föräldrar, det så kallade BB-hotellet. Mikrosystemet BB-hotell beskrivs enligt Nelson et al. (2007) modell 5 P: purpose/ syfte, patients/ familjer, people/ medarbetare, process och patterns/ mönster.

Purpose/ syfte: Sjukhusets värdegrund anger ”För patienten – med patienten” med ledorden patienten först, respekt för individen, undvik slöseri och samhällsansvar. Grundläggande är att patienter ska känna sig välkomna och trygga på sjukhuset vilket tillgänglighet och kvalitets-säkrad vård bidrar till. I enlighet med värdegrundens arbetade BB-hotellet för att nyblivna familjer ska få en individuellt anpassad vård och information. Med respekt och lyhördhet inför varje persons unika behov efterfrågades förväntningar och tidigare erfarenheter som förutsättning för vårdplanering i samråd. Ett av sjukhusets mål är ökad patientinvolvering.

Patients/familjer: Drygt 7 500 kvinnor per år föder barn inom verksamheten och av dessa får 2 500 eftervård på BB-hotell istället för inom traditionell BB eftervård. För att vara på hotellet ska den nyblivna mamman ha haft en okomplicerad graviditet utan kroniska sjukdomstillstånd samt en födsel utan allvarligare komplikation. Det nyfödda barnet ska vara över 37 graviditetsveckor och utan allvarligare sjukdomstillstånd. I det förberedande arbetet inventerades lämpliga diagnoser, antal rum, vårdtid i relation till patientsäkerhet och verksamhetens behov av eftervårdplatser totalt.

På BB-hotellet finns möjlighet för partner/närstående att stanna kvar under vårdtiden. Även syskon till det nyfödda barnet erbjuds möjlighet att stanna med familjen. Partner/närstående var det samma som medboende eftersom mamma var inskriven i vården medan partner/närstående betraktades medboende och betalade reducerad hotellkostnad per dygn.

Vårdprocessen på BB-hotellet innebar:

- Ankomst information: inventering av förväntningar och vårdbehov, amningsråd, riskbedömning och påbörjad vårdplanering
- BB samtal: inventering av tidigare amningserfarenhet, förlossningsupplevelse, fortsatt gemensam vårdplanering. Amningsråd, barnets behov och skötsel.
- Hemgångsinformation: boka återbesök, veta vart de kan vända sig efter hemgång, screening av hjärtfel och information om infektionstecken och gulsot
- Samtliga barn undersöktes av barnläkare före hemgång
- Läkarbedömning/undersökning av mamma vid behov

På BB-hotellet fick alla familjer skriftliga informationsbroschyrer och det fanns whiteboard-tavlor på hotellrummet för kommunikation mellan familj och barnmorska. En informationsfilm om amning fanns också tillgänglig dygnet runt på hotellets TV. Det var i huvudsak barnmorskans som fortlöpande och individuellt gav de nyblivna föräldrarna den information de efterfrågar och behöver.

People/ medarbetare: Inom mikrosystemet BB-hotellet arbetade 35 barnmorskor, en chef-barnmorska, barnläkare, obstetiker, en bemanningsassistent och sjukgymnast. Kuratorer, IT support och medicinteknisk support fanns tillgängliga vid behov. Hotellentreprenörens personal var en del av mikrosystemet eftersom de dagligen samarbetade med barnmorskorna runt familjernas behov av vård och service. Det fanns nyutexaminerade barnmorskor och barnmorskor med lång eller mycket lång erfarenhet av eftervård. Ett tiotal av barnmorskorna arbetade också på återbesöksmottagningen.

När BB-hotellet öppnades stängdes en BB avdelning. Det innebar att de flesta barnmorskorna från den avdelningen som stängdes valde att arbeta på BB-hotellet trots att flera var tveksamma till vårdformen, arbetsmiljön och framförallt oroade över bemanningsnivån. Undersköterskor och vårdbiträden fick andra placeringar inom verksamhetsområdet eftersom hotellentreprenören sköter all service, städning och restaurang. Den interna omfördelningen av resurser innebar att varje barnmorska ansvarar för fler familjer på BB-hotellet än inom traditionell eftervård med mer komplicerade vårdförlopp. Med den glesare bemanningen befarade barnmorskorna att familjerna på BB-hotellet inte skulle få den vård de behövde eller efterfrågade. Beslutet om BB-hotell uppfattades vara ett beslut fattats långt upp i organisationen med bristande insyn eller möjlighet att påverka.

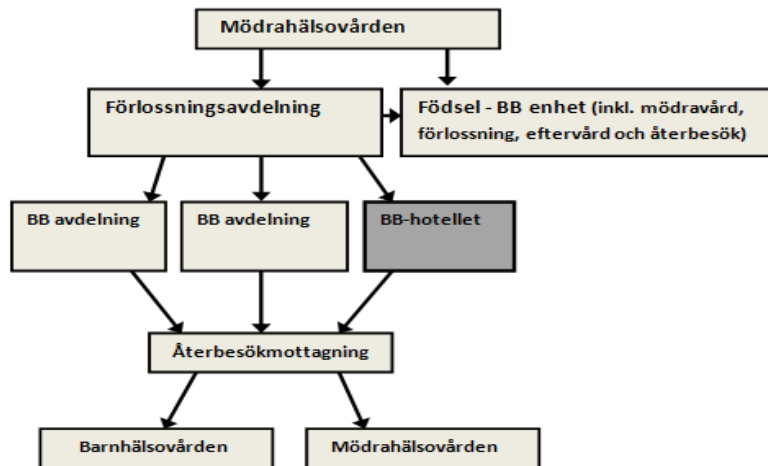
Process/flöden:

Under hösten 2012 fram till våren 2013 pågick det förberedande arbetet inför att BB-hotellet skulle öppna. Lämpliga vårdnivåer och kriterier för mamma och barn togs fram med hänsyn taget till patientsäkerhet, vårdmiljö och avstånd till sjukhuset.

När BB-hotellet öppnade september 2013 var det barnmorskorna på förlossningsavdelningen som selekterade rätt familj enligt fastställda riktlinjerna. Familjerna transporteras av undersköterska eller barnmorska via sjukhusets kulvert. Efter att föräldrarna hade checkat in i hotellreceptionen fick de sitt rum och barnmorskans på BB-hotellet mötte upp. Den vårdprocess som beskrevs i detta förbättringsarbete var från att familjen anlände till BB-hotellet och till att de åkte hem.

Inom verksamheten finns det förutom BB-hotellet också två traditionella BB avdelningar för familjer med mer komplicerad graviditeter eller förlossning. Det finns också en separat enhet med egen vårdkedja för mödravård, förlossning och eftervård som inte nyttjar BB-hotellet.

De flesta familjerna kommer på ett återbesök till återbesöksmottagningen inom 7 dagar efter barnets födelse. Därefter är det barnhälsovården respektive mödrahälsovården som tar vid (Figur 1).



Figur 1 Visar organisation och patientflöde internt och externt.

Två månader efter att BB-hotellet öppnades var vårdplatsdimensionering ett påtagligt problem för verksamheten. De medicinska eftervårdsplatserna tenderade vara för få. Därför beslutades att tillfälligt öppna åtta traditionella vårdplatser igen och minska antal rum på BB-hotellet.

Patterns/ mönster: Medelvårdtid, kvalitet, patientsäkerhet och produktion följdes kontinuerligt enligt gängse rutin inom verksamheten. Stickprov för följsamhet till hygienriktlinjer gjordes två gånger per år som en del av den nationella satsningen att minska vårdrelaterade infektioner. Patientenkät nationell och vårdval BB/förlossning återkommer årligen där utfall för patientupplevd kvalitet kan jämföras över tid eller jämföras mot andra sjukhus inom landstinget eller nationellt.

Inför start av förbättringsarbetet användes senaste resultatet av patientenkät vårdval BB/förlossning för att synliggöra behovet av utveckling inom området individanpassad information. Med en ny vårdform som BB-hotell och en glesare barnmorskebemanning kom behovet av bättre information och kommunikation att stå i fokus för utveckling.

Förbättringskunskap

Batalden och Stoltz (1993) beskriver hur förbättringskunskap tillsammans med professionell kunskap kan göra kontinuerliga förbättringar möjliga genom att bygga och använda den nya kunskapen för vidare utveckling. Det är allas vårt ansvar att inte bara utföra ett arbete utan också att utveckla det vilket Batalden och Davidoff (2007) modell beskriver som utveckling från evidens till praktik. Modellen innefattar fem kunskapselement som grundläggande för hållbar och ständigt pågående kvalitetsutveckling. Att först studera generell evidens, därefter samla kunskap och förståelse för den egna specifika miljön och dess system samt mätbara resultat för utveckling. Där steg fyra och fem illustrerade i modellen beskriver vilka olika metoder som finns och den kunskap och de strategier som behövs för att genomföra förändring.

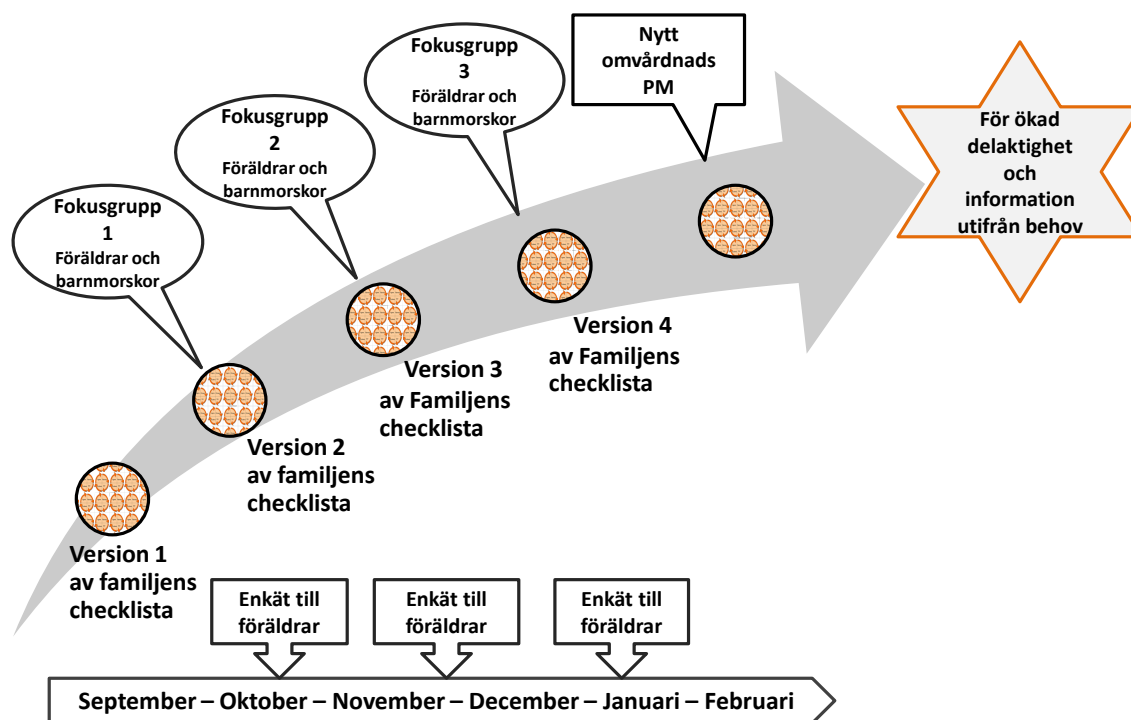
För att underlätta förändringsarbetet, dess planering, genomförande och återkoppling användes det ramverk som Nelson et al. (2007) och Langley, Moen, Nolan, Nolan, Norman & Provost (2009) beskriver, Nolans modell. Först ställs de tre grundläggande frågor för vad önskar vi uppnå, hur veta att en förändring är en förbättring och vilka förändringar kan göras för att uppnå utveckling. Nästa steg i ramverket är modellen Planera – Göra – Studera – Agera för test i liten skala och ökat lärande när cykler bygger på information och erfarenhet från tidigare cykler.

Genomförande av förändringsarbetet

Ett halvår före BB-hotellet öppnade deltog barnmorskorna i workshop´ s för att gemensamt ta fram arbetsrutiner och förhållningssätt. Syftet var att involvera och tillvarata barnmorskors erfarenhet och kunskap samt att stärka arbetsgruppen. Då diskuterades hur föräldrars delaktighet och behov av individuell information kunde utvecklas. BB-hotellet som ny verksamhet, det vill säga vård i hotellmiljö, innebar andra utmaningar men också nya möjligheter.

Inför start av själva förbättringsarbetet inhämtades inspiration från WHO (2013) pågående utveckling av checklista för nyförlösta mammor och deras barn, ett pilotprojekt i Indien för ökad patientsäkerhet. Olika checklistor för patienter eftersöktes och på IHI (Institute for Healthcare Improvement) webbsida hittades ”Perinatal ticket for discharge” ett kommunikationsverktyg för nyblivna föräldrar och barnmorskor utvecklad på Elliot Hospital i USA (Institute for Healthcare Improvement, 2013). Det blev starten till en intervention kallad familjens checklista ett kommunikationsverktyg att använda i dialog mellan familj och barnmorska. IHI version av ”Perinatal ticket for discharge” användes som utgångspunkt för den första versionen av familjens checklista. Checklistan utformning stämde också av mot verksamhetens omvårdnads riktlinjer innan den började användas. Även arbetsrutiner för samtal och information omformulerades (Bilaga 1).

Tidslinje för genomförande av förbättringsarbete (Figur 2).



Figur 2 Tidslinjen visar genomförandet av förbättringsarbete mellan september 2013 och mars 2014.

Fokusgruppsintervjuer

Med inspiration hämtat från EBD (Bate & Roberts, 2007) och Pickles et al. (2008) att ständigt reflektera över patientens behov i samklang med och personalens erfarenhet och kunskaper valdes fokusgruppsintervjuer med både föräldrar och barnmorskor tillsammans. På det sättet gjordes användarens, det vill säga föräldrarnas, erfarenheter och uppfattningar direkt tillgängliga för barnmorskorna som deltog i fokusgrupperna

De tre fokusgruppsintervjuerna hade således två perspektiv att i förbättringsarbetet interaktivt steg för steg utveckla familjens checklista i syfte av ökad delaktighet och individuell information och i studien att beskriva föräldrars uppfattning om checklistan de använt under vårdtiden på BB-hotellet.

Patientenkäter

För kvantitativ datainsamling valdes enkäter vilket Pickles et al. (2008) anger kan öka förståelsen för interventionen och ge specifik information som indikerar patientens upplevelse. Enligt Trost (2007) passar en kvantitativ ansats när frågeställningen är hur ofta eller hur många och Yin (2009) skriver att i fallstudier används kvantitativa data av två orsaker att belysa beteenden eller omständigheter som studien försöker förklara eller vara som en inbäddad enhet i analysen. Enkäten upprepades tre gånger under förbättringsarbetets gång för att erhålla svar på föräldrarnas upplevelse av delaktighet, information utifrån behov och trygghet inför hemgång.

Författarens roll

Under tiden för förbättringsarbetet och studie arbetade författaren på ledningsnivå inom verksamheten med kvalitet och verksamhetsutvecklingsfrågor. Författaren hade en viss förståelse inom eftervård grundad i yrkesprofession och tidigare kliniskt arbete vilken bidrog till förståelse för kultur och sammanhang. Denna förståelse beskriver Graneheim och Lundman (2004) vara en förutsättning inom kvalitativ forskning där förståelse och samarbete mellan forskare och deltagare är nödvändig som vid observationer och bearbetning av textbaserade intervjuer.

Författaren roll som facilitator i förbättringsarbetet innebär enligt Thor et al. (2004) att ge stöd till gruppens utvecklingsresa genom att använda feedback och systemtänkande. Chefbarnmorska och utvecklingsbarnmorska bidrog med sin erfarenhet, professionella kunskap och kulturkännedom emedan facilitator bidrog med förbättringskunskap, variationsförståelse och systemtänkande för att gemensamt driva utvecklingsresan framåt. Det har varit veckovis återkommande möten så som arbetsplatsmöten, avdelningsmöten, dagliga backspeglningar och barnmorskemöten för presentation och reflektion av resultat, diskussioner om nästa steg samt vad behöver göras för att uppnå förbättringar. Data har återrapporterats i så nära realtid som möjligt.

Förbättringshjul PGSA

Tre större PGSA hjul utgjordes av fokusgruppsintervjuernas planering, genomförande och analys av förbättringsområden i familjens checklista. PGSA hjul 4 innebar framtagande av nytt omvårdnads PM gällande arbetsrutiner kring familjens checklista.

PGSA nr 1

Planera: Den första versionen av familjens checklista hade använts i drygt en månad av familjer och barnmorskor på BB-hotellet när första fokusgruppsintervjun planerades. Till fokusgruppen rekryterades två barnmorskor och två föräldrapar för att tillsammans identifiera konkreta förbättringsområden i checklistan.

Göra: I november 2013 genomfördes första fokusgruppsintervjun.

Studera: Utifrån framkomna förbättringsområden gjordes ett utkast till revidering av checklistan. Förändringarna diskuterades och analyserades med barnmorskorna som deltagit i fokusgruppen för att säkerställa att förändringarna var korrekt uppfattade. Förändringarna diskuterades också med chefbarnmorska och utvecklingsbarnmorska för att underlätta förankringsprocessen i personalgruppen. Övergripande sammanfattning av förbättringsområden för alla tre fokusgruppsintervjuerna (Bilaga 2).

Agera: Andra versionen av familjens checklista startades om i ett nytt förbättringshjul.

PGSA nr 2

Planera: Den andra versionen av familjens checklista hade använts i knappt två månader när nästa fokusgruppsintervju planerades. Till andra fokusgruppen rekryterades två barnmorskor och två föräldrapar för att tillsammans identifiera konkreta förbättringsområden i checklistan.

Göra: I januari 2014 genomfördes andra fokusgruppsintervjun.

Studera: Samma som PGSA hjul nr 1.

Agera: Tredje versionen av familjens checklista startades om i ett nytt förbättringshjul.

PGSA nr 3

Planera: Den tredje versionen av familjens checklista hade använts i en månad när nästa fokusgruppsintervju planerades. Till andra fokusgruppen rekryterades två barnmorskor men det blev bara ett föräldrapar på grund av sjukdom i den ena familjen.

Göra: I februari 2014 genomfördes tredje fokusgruppsintervjun.

Studera: Samma som PGSA hjul nr 1.

Agera: Den fjärde versionen av familjens checklista blev den sista inom ramen för detta förbättringsarbete (Bilaga 3).

PGSA nr 4

Planera: I arbetsgruppen lyftes ofta frågor kring arbetsrutiner och förhållningssätt. Barnmorskorna saknade gemensamma rutiner för hur familjens checklista skulle användas, hur föräldrarna skulle informeras och hur checklistan skulle följas upp. Barnmorskorna önskade en gemensamt framtagen omvårdnadsriktlinje för rutiner och förhållningssätt.

Göra: Olika idéer om rutiner diskuterades och skrevs ner på klisterlappar som sattes upp på en vikkvägg i personalrummet. Vikkväggen fungerade som diskussionsunderlag och förde arbetsprocessen framåt. Facilitator tillsammans med utvecklingsbarnmorska tog fram ett utkast till omvårdnadsriktlinje. Detta utkast mejlades ut till samtliga barnmorskor. Förslag till ändringar lämnades till facilitator.

Studera: För att ta reda på om familjens checklista användes som riktlinjen angav genomfördes stickprov med journalgranskningar. Målet var att under förbättringsarbetets 5 månader > än 90 % av journalerna skulle ha dokumenterat ”avstämning mot familjens checklista vid hemgång”. Data sammanställdes och för analys och presentation användes sekvensdiagram vilket enligt Perla, Provost och Murray (2011) är en användbar metod för utvärdering av utveckling över tid på ett objektiva sätt. Mätningen visade en successiv förbättring dock utan signifikans för variation (Bilaga 4).

Agera: Genom att diskutera och tillsammans utveckla omvårdnadsriktlinjen förbättrades successivt följsamheten till den beslutad och publicerade omvårdnadsriktlinjen.

Metoder för studie av förbättringsarbete

För att studera förbättringsarbetet genomfördes en deskriptiv fallstudie med induktiv ansats. Fallstudier erbjuder ett flertal metoder och inkluderar en förståelse för sammanhang i en specifik kontext (Baker, 2011; Yin, 2009). Den induktiva ansats innebär enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012) att datamaterialet bearbetas utifrån helhet vilket Backman (2012) beskriver som att börja i empirin, mäta och samla data för att därefter formulera begrepp i form av hypotes eller teori (Backman, 2012).

Fokusgruppintervjuer

För att beskriva föräldrars uppfattning om familjens checklista valdes fokusgruppintervjuer vilket Wibeck (2010) anger kan fånga kvalitativ data med stor variation för att därmed kunna studera innehållet i gruppmedlemmars åsikter, uppfattningar och argumentation men också interaktionen dem emellan.

Som tidigare nämnts i detta arbete hade fokusgruppsintervjuerna två perspektiv, ett för förbättringsarbetet och ett för studien. I förbättringsarbetet var syftet att interaktivt steg för steg utveckla familjens checklista och i studien fånga föräldrars uppfattning om checklistan de använt under vårdtiden på BB-hotellet.

I enlighet med studiens syfte valdes att endast inhämta, analysera och beskriva föräldrars uppfattning om familjens checklista då detta var centralt för studiens utfall.

Kvalitativ innehållsanalys

Manifest kvalitativ innehållsanalys valdes som metod att beskriva variation genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll (Graneheim och Lundman, 2004). Det var olika föräldrar vid varje fokusgruppsintervju vilket gjorde att föräldrarnas uppfattningar studerades i tre steg för att därefter utmynna i en helhet av utkristalliserade huvudkategorier av uppfattningar.

Datainsamling och analys

Förbättringsarbetet (kvantitativ datainsamling)

I förbättringsarbetet genomfördes tre enkätundersökningar i syfte att inhämtades mamma och partner/närståendes upplevelse av delaktighet, information utifrån behov och trygghet inför hemgång.

Urval

Populationen för studien var familjer inskrivna för eftervård på BB-hotellet. Ett urval ska enligt Trost (2007) kunna uttala sig om populationen på ett rättvisande sätt. Eftersom tidigare forskning visade att nyblivna pappor upplever brister inom eftervård (Johansson et al. 2013) och förbättringsarbetets syfte var belysa båda föräldrars uppfattning valdes att rikta enkätfrågor till både mamma och till partner/närstående som del av samma familj. Ett systematiskt urval gjordes där alla familjer på BB-hotellet fick en enkät på sitt rum under veckan för patientenkätundersökning. En begränsning var att enkäten endast fanns på svenska vilket medförde att icke svenskspråkiga familjer inte kunde delta.

Enkät

Enkäten var i stort sett hämtade från den årliga patientenkäten inom vårdval BB/förlossning men med en viss anpassning för närstående/partner och eftervård på BB-hotell (Bilaga 5). Anpassning av enkäten gjordes tillsammans med ansvariga linjechefer inom verksamheten. Enkäten testades genom att lämnas ut till föräldrar före start av studien och sju enkäter samlades in där alla frågor hade besvarats. Således gjordes endast en mindre layoutförändring.

Enkäten genomfördes i pappersformat eftersom webbenkäter inte var möjligt vid tiden för förbättringsarbetets genomförande.

Genomförande

Information om pågående förbättringsarbete och enkätundersökning fanns på BB-hotellens externa hemsida. Enkätundersökningen genomfördes veckovis vid tre tillfällen under tiden för förbättringsarbetet, oktober 2013 – februari 2014. I enkätens introduktionstext fanns information om frivillighet och anonymitet. Det var hotellets personal som delade ut och samlade in enkäterna när rummen städades när familjerna gått hem.

Utvärdering – analys

En deskriptiv dataanalys med stapeldiagram valdes. Förbättringsarbetet ämnade öka delaktighet och individuell information varför frågor relevanta för förbättringsarbetet syfte valdes och endast andel ”Ja, helt och hållet”, ”Ja, tillräckligt” och ”Ja” presenterades och analyserades. Enligt Trost (2007) kan stapeldiagram innehålla fler variabler vilket möjliggjorde att redovisa mamma och partner/närstående svar per fråga i samma stapeldiagram. En del av mammorna hade ingen partner/ närstående med sig på BB-hotellet, då redovisades endast hennes svar.

Bortfall

Uppskattning av svarsfrekvens gjordes via befintliga datasystem för antal utskrivna per vecka och inkomna enkäter. Ett visst bortfall förväntades eftersom även hotellentreprenören hade en enkät på hotellrummen. Det fanns ett initialt problem med utlämning och insamling av enkäter vilket dock förbättrades med bättre rutiner och kommunikation med hotellpersonalen.

Studie av förbättringsarbetet (kvalitativ datainsamling)

För att inhämta föräldrars uppfattning om familjens checklista genomfördes tre fokusgruppsintervjuerna. Det var endast föräldrars uppfattning som efterfrågades i enlighet med studiens syfte.

Urval

Bekvämlighets urval av familjer valdes det vill säga de som ställde sig positiva till att delta (Trost, 2007). Inklusionskriterierna var familjer inskrivna på BB-hotellet, svensktalande och att både mamma och hennes partner/närstående önskade delta. Alla barnmorskor på BB-hotellet fick information av chefbarnmorska om möjlighet att delta i fokusgrupper. Även för barnmorskorna användes bekvämlighetsurval de som ställde sig positiva till att delta tillfrågades. Inklusionskriterier var att de arbetade på BB-hotellet och att de hade en viss spridning av erfarenhet inom eftervård.

Rekrytering

Några dagar före planerad fokusgruppsintervju delades informationsbrev ut till föräldrar på BB-hotellet (Bilaga 6). Föräldrar som önskade delta skrev sitt namn på bifogad lapp som lämnade till barnmorskan som bokade återbesökstid på återbesöksmottagningen i anslutning till tiden för fokusgruppsintervju. Det var olika föräldrar och olika barnmorskor som deltog i varje fokusgrupp. Barnmorskor som anmält intresse och önskade delta informerades av facilitator.

Intervjuguide

En intervjuguide med semistrukturerade frågor utformades tillsammans av författare och moderator (Bilaga 7). På så sätt blev också moderatoren insatt i ämnet och syftet med fokusgruppsintervjuerna. Första och sista frågan var av mer öppen karaktär där moderatoren följde upp med frågor relevanta för ämnet att fånga föräldrars uppfattning om familjens checklista. De frågor som innebar att gemensamt identifiera förbättringsområden i checklistan var av mer konkret karaktär men även där ställde moderatoren följdfrågor för att erhålla tydlighet och klarhet i uppfattningar.

Deltagare

Sex deltagare i en fokusgrupp är enligt Wibeck (2010) och Krueger och Casey (2009) ett bra antal personer för att kunna erhålla en bra diskussion där alla kan komma till tals. Efter intervjun angav föräldrarna anonymt skriftligt uppgift om ålder och om det var deras första barn. Barnmorskorna angav ålder, antal år i yrket och antal år inom eftervård.

Det rekryterades två föräldrapar och två barnmorskor till de tre fokusgruppsintervjuerna. Vid tiden för sista intervjun blev en mamma sjuk varför tredje fokusgruppsintervjun genomfördes med endast ett föräldrapar och två barnmorskor.

Av de fem mammorna och partner/närstående som deltog var det fyra mammor och tre partner/närstående som var förstagångsföräldrar. Barnmorskorna hade en spridning i erfarenhet inom BB eftervård (Tabell 1).

Tabell 1 Deltagare i fokusgrupper 1, 2 och 3 uppdelat föräldrar och barnmorskor

Kategori	Antal	Ålder	Första barnet	Inte första barnet
Mamma	5	28-36	4	1
Partner/närstående	5	29-49	3	2

Kategori	Antal	Ålder	År i yrket	År inom BB-vård
Barnmorska	6	32-57	1 - 31	1- 35

Mentor och observatör

Krueger och Casey (2009) beskriver fördelar med en intern moderator som kan organisatören. I denna studie valdes därför en moderator med vetenskaplig utbildning och med erfarenhet av kliniskt arbete inom eftervård men som inte arbetade på BB-hotellet. Författaren var aktivt lyssnande observatör som skötte ljudinspelning och förde anteckningar vilket Graneheim och Lundman (2004) anger som fördel att moderatören kan fokusera på interaktion mellan deltagare och observatören kan ha en mer distanserad syn.

Genomförande

Tre fokusgruppintervjuer genomfördes vilket enligt Krueger och Casey (2009) kan behövas för att fånga variation. Intervjuerna spelades in med två bandspelare eftersom det var nyfödda barn med under intervjun som från och till försvårade ljudupptagningen. Intervjuerna skedde i en lokal i anslutning till återbesöksmottagningen på sjukhuset.

Datainsamling och analys

Kvalitativ manifest innehållsanalys valdes det vill säga en mer konkret textbearbetning. Bearbetning av text är inte möjligt utan att göra en tolkning mer eller mindre djupt, där manifesta ansats är av mer ytlig karaktär av tolkning (Graneheim och Lundman, 2004). Den induktiva ansatsen innebar att förutsättningslöst analysera text (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012) utifrån syftet för studien, föräldrars uppfattning om familjens checklista. Fokusgruppintervjuerna bearbetades och analyserades initialt var för sig för att därefter analyseras i sin helhet till övergripande kategorier av uppfattningar.

Det var en sekreterare inom verksamheten som transkriberade bandinspelningarna ordagrant efter varje fokusgruppsintervju. Genom att läsa igenom varje textenhet upprepade gånger erhöles en känsla för helhet. Meningsbärande enheter som innehöll information som var relevant för studiens syfte plockas ut tillsammans med omgivande text för att inte förlora sammanhang. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter utan att förlora innehåll. Efter kodning av kondenserade meningsbärande enheter för varje fokusgruppsintervju utkristalliserades ett antal underkategorier och övergripande huvudkategorier för alla tre intervjuer (Graneheim och Lundman, 2004). Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter och kodning (Tabell 2).

Tabell 2 Visar exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, underkategorier och kategorier.

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Koder	Underkategori	Huvudkategori
... checklista så känns det tryggt att bara se uppstaplat vad man skall tänka på. Det är en trygghet.	Uppstaplat vad man ska tänka på, ger känsla av trygghet	Känsla av trygghet	En struktur och överblick som bidrar till känsla av trygghet	Ger en känsla av trygghet
... det är väl en trygghet för personalen för då vet man att de går hem med rätt information...	Trygghet för barnmorskor att föräldrar går hem med rätt information	Trygghet också för barnmorskor	Ger en ömsesidig trygghet för både föräldrar och barnmorskor	

Etiska överväganden

Etikansökan är inlämnad och godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm Dnr 2013/1617-31/3.

På den externa hemsidan för BB-hotellet fanns information om pågående förbättringsarbete och studie vilket innebar att några familjer kunde bli erbjudna möjlighet att frivilligt delta i fokusgruppsintervjuer och att enkäter användes för uppföljning av föräldrars upplevelse av vård. Att inga persondata samlades in eller registrerades.

Deltagandet i fokusgrupper var frivilligt och konfidentiellt efter avslutad vårdtid för att familjerna inte skulle vara i beroendeställning till vården. Det skriftliga informationsbrevet delades ut till familjerna vid tidpunkt för rekrytering och innehöll information om frivillighet, konfidentialitet, rätten att när som helst avbryta och att inga persondata samlades in. Ställde sig föräldrarna positiva till att delta lämnade de namn och telefonnummer på bifogad lapp. Barnmorskan erbjöd familjen möjlighet att komma på ordinarie återbesök i anslutning till tiden för fokusgruppsintervju. Barnmorskorna informerades av chefbarnmorskan eller av författaren om möjlighet att frivilligt delta i fokusgruppsintervjuer. En viss risk för identitetsintrång fanns eftersom urvalet var begränsat och att deltagandet därmed kunde vara möjligt att identifieras av andra inom verksamheten. För att minimera risken av upplevelse av skada informerades barnmorskorna om detta förhållande.

Vid tiden för fokusgruppsintervjuerna informerades ånyo deltagare av moderator att deltagandet var frivilligt, konfidentialitet och om rätten att när som helst avbryta om man önskade. Att ljudinspelningar sparades till att analysen var gjord för att därefter raderas. Moderatoren ansvarade för att alla deltagare kom till tals i diskussionerna på ett jämlikt sätt samt att ingen kom till skada under samtalet.

Svaren från de anonyma enkäterna kodades och analyseras elektroniskt. Dessa sparas på lösenordsskyddad dator som endast forskaren har tillgång till. Intrånget i patientens integritet får ses som ringa. Patientenkäten kan upplevas som en pålaga, även om den är frivillig och anonym. Risken för skada får betraktas som ringa.

Granskär och Höglund-Nielsen (2012) beskriver den rollkonflikt som kan uppstå som forskare och samtidigt vara praktiskt delaktig i själva forskningsprocessen. De anger att balansgången i förhållandet mellan närhet och distans inför olika moraliska ställningstaganden kan överbryggas genom att etiska ställningstaganden finns med i hela forskningsprocessen. I denna studie har avstämningsmöten och diskussioner fortlöpande genomförts under planering och genomförandestadiet för att beakta olika aspekter av problem men också inhämta andras infallsvinklar och kunskaper. Godkännande för förbättringsarbete och studie inhämtade av verksamhetschef.

Resultat

Resultat av enkätstudie i förbättringsarbete

Förbättringsarbetet syfte var att öka nyblivna föräldrars upplevelse av delaktighet och information utifrån behov för att vara trygga inför hemgång. Tre enkätundersökningar gjordes med sju veckors mellanrum för uppföljning av mammas och partner/närståendes upplevelse av delaktighet i vård, tillräckligt med information utifrån behov och trygghet inför hemgång.

Alla familjer som var inskrivna på BB-hotellet under tiden för enkätundersökningarna fick en enkät på sitt hotellrum. Efter att föräldrarna hade gått hem samlade hotellstäderskan in enkäterna och lämnade dem i receptionen. Det var en svarsfrekvens mellan 60-70 % beräknat med befintliga datasystem för andel utskrivna familjer per vecka. Antal ifyllda enkäter per undersökning ökade något när rutiner för enkätundersökningen förbättrades övertid (Tabell 3).

Tabell 3 Visar antal svar per enkät

Antal svar per enkät	Enkät nr 1	Enkät nr 2	Enkät nr 3
Mamma	n = 28	n = 24	n = 32
Partner/närstående	n = 25	n = 21	n = 29

Ett urval av enkätfrågor relevanta för syftet redovisades det vill säga delaktighet, information utifrån behov och trygghet. Frågorna var riktade till både mamma och partner/närstående varför dessa valdes att presenteras i samma figur per enskild fråga.

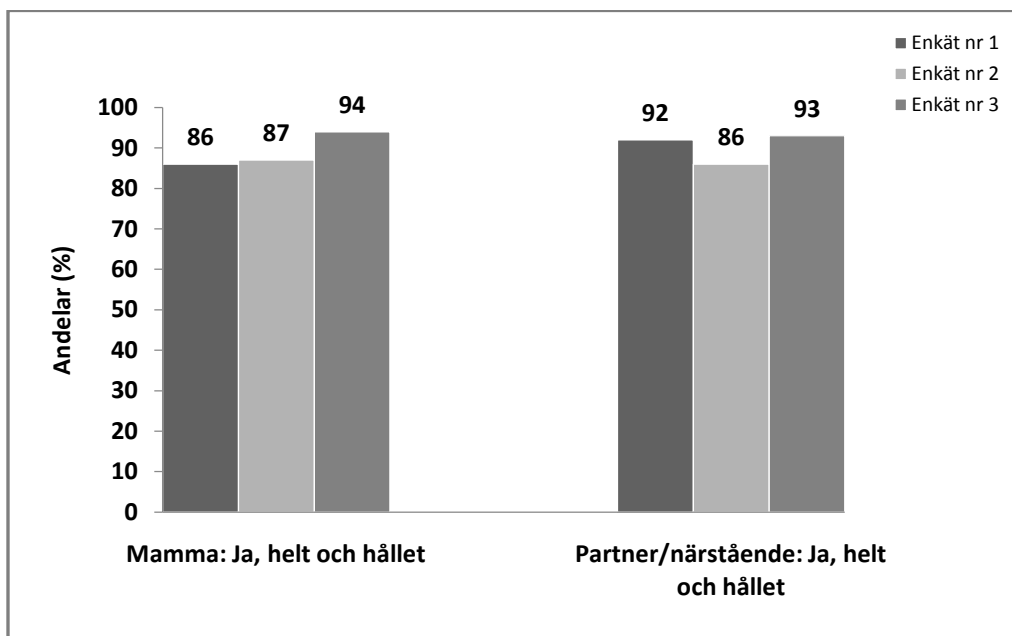
Eftersom syftet var ökad delaktighet och information valdes att i stapeldiagram redovisa andel ”Ja, helt och hållet” angående delaktiga, ”Ja, jag fick tillräckligt med information” samt ”Ja” avseende trygghet då dessa svar hade mest relevans för föräldrarnas upplevelse och studiens utfall. Andel som svarade ”Nej” redovisades i text under figurena.

Andel mammor och partner/närstående upplevelse av delaktighet

Resultat av tre enkätundersökningar för mammor och partner/närståendes upplevelse av delaktighet i vård redovisas i samma stapeldiagram (Figur 3). Svartalternativen var ”Ja, helt och hållet”, ”Delvis” och ”Nej”.

Det visar en successiv ökning för mammors upplevelse av delaktighet i vård. Vid den första enkätundersökningen var det tre mammor (av 28) som svarade ”Nej” att de inte upplevde delaktighet i vård för att vid de följande två enkäterna inte vara någon mamma som svarade nej. Den positiva utvecklingen för upplevelse av delaktighet stärks av att det inte var fler mammor som svarade ”Nej”.

Resultat för partner/närstående upplevelse av delaktighet i vård visar en hög andel redan vid första enkätundersökningen, dock var det en nedgång vid den andra enkätundersökningen för att vid tredje undersökningen åter vända upp. Det var ingen partner/närstående som svarade ”Nej” i någon av de tre enkätundersökningarna.



Figur 3 Andel ”Ja, helt och hållet” för upplevelse av delaktighet i vård.

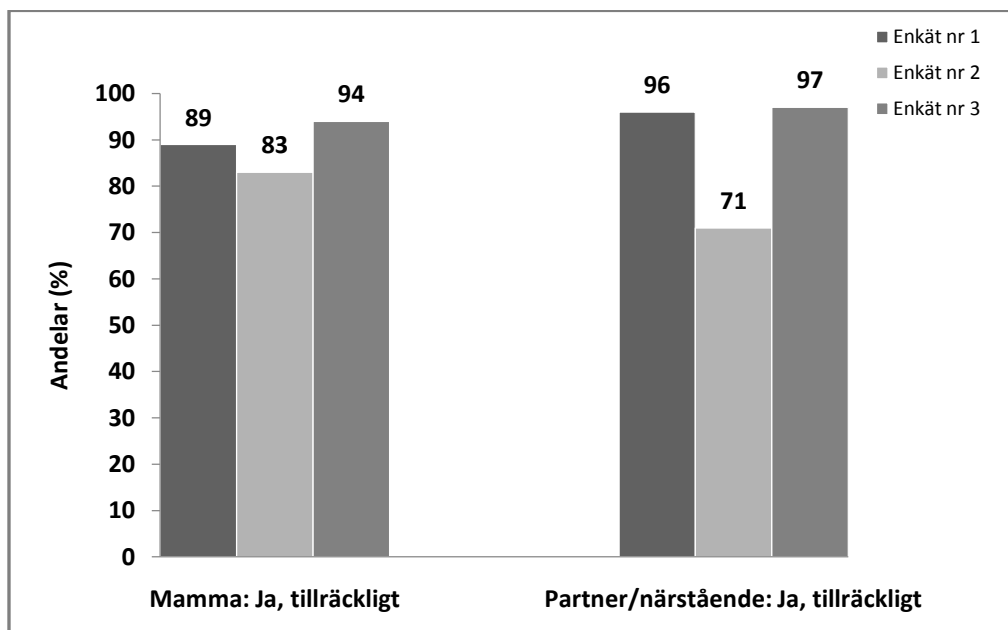
Andel mammor och partner/närstående upplevelse av tillräckligt med information

Resultat av tre enkätundersökningar för mammor och partner/närståendes upplevelse av tillräckligt med information utifrån behov redovisas i samma stapeldiagram (Figur 4). Svarsalternativen var ”Ja, tillräckligt med information utifrån behov”, ”Delvis” och ”Nej, jag fick för lite information”.

Resultatet visar en ökning av mammors upplevelse av tillräckligt med information. Den nedgång som ses vid andra undersökningen vände åter upp och blev högre andel än vid första enkätundersökningen. Det var fyra mammor (av 28) i första undersökningen och fyra mammor (av 24) i andra som svarade ”Nej, jag fick för lite information” men ingen mamma i den tredje enkätundersökningen. Den positiva utvecklingen för upplevelse av tillräckligt med information stärks av att det inte var fler mammor som svarade nej i tredje enkäten.

För partner/närståendes upplevelse av tillräckligt med information var det en viss ökning från en från början hög nivå. Det var ingen som svarade ”Nej” i någon av enkäterna utan de svarade då ”Delvis” (Figur 4).

Den nedgång som ses under andra enkätundersökningen hos både mammor och partner/närstående, i synnerhet hos partner/närstående, skedde samtidigt som att det genomfördes en intern omorganisation på BB-hotellet med omfördelning av vårdplatser och bemanning, vilket kan ha påverkat utfallet.

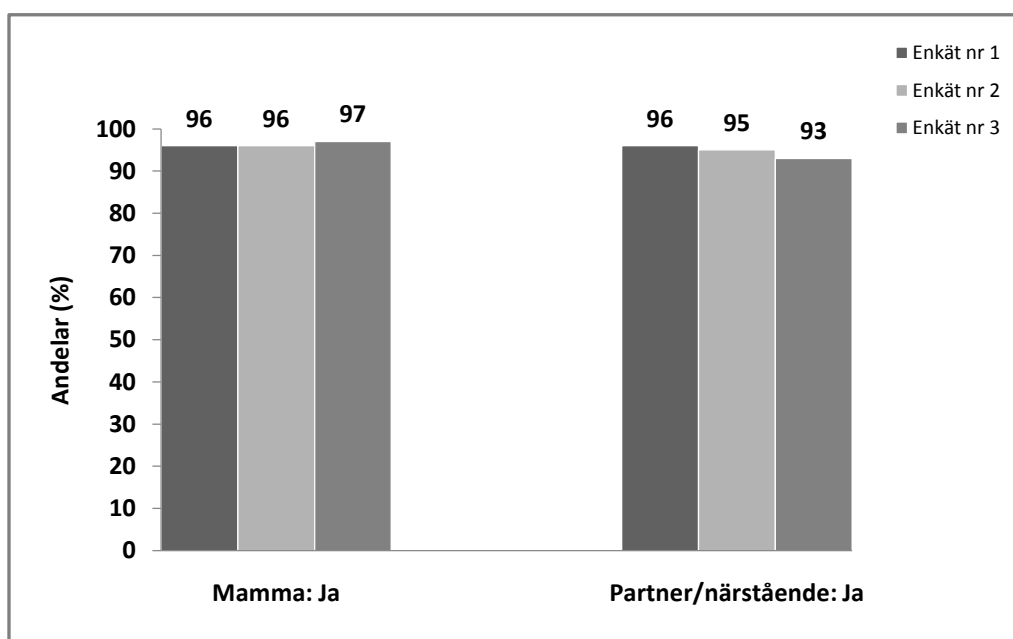


Figur 4 Visar andel ”Ja, jag fick tillräckligt med information” utifrån behov.

Andel mammor och partner/närstående som upplevelse av trygghet inför hemgång

Resultat av tre enkätundersökningar för mammor och partner/närståendes upplevelse av trygghet inför hemgång redovisas i samma stapeldiagram (Figur 5). Svartalternativen var "Ja", "Delvis" och "Nej".

Det var en jämn hög andel av både mammor och partner/närstående som kände sig trygga inför hemgång från BB-hotellet. Ingen förälder i någon av de tre enkätundersökningarna svarade "Nej" att de inte kände sig trygga. Resultatet visar ingen tydlig ökning utan ligger på en hög andel genomgående dock med en liten sjunkande tendens hos partner/närstående.



Figur 5 Visar andel "Ja" på frågan kände du dig trygg inför hemgång.

Resultat av studie av förbättringsarbete

Studien syftade till att beskriva nyblivna föräldrars uppfattning om familjens checklista. Resultatet sammanfattades i nio underkategorier och fyra huvudkategorier utifrån helhet för tre fokusgruppsintervjuer (Tabell 4).

Det visade att föräldrar uppfattade att familjens checklista gav stöd och struktur i kommunikationen med barnmorska och underlättade för föräldrar att erhålla en individuell information utifrån egna behov. Föräldrar uppfattade att de fick ökad kontroll på den egna situationen och de visste vad de kunde förvänta under vårdtid och hemma. Familjens checklista bidrog till föräldrars känsla av trygghet och de såg att den kunde bidra till barnmorskornas känsla av trygghet eftersom de visste att föräldrar gick hem med adekvat information.

Tabell 4 Visar underkategorier och huvudkategorier som beskriver föräldrars uppfattning om familjens checklista som:

Underkategorier	Huvudkategorier
Fungera som underlag i samtalet mellan föräldrar och barnmorska	Underlag för samtal och feedback
Förtydligar barnmorskans ansvar att följa upp, svara på frågor och övervaka om något avviker	
Att föräldrars behov av information styr samtalet	Tydliggör föräldrarnas behov av information
Att får tips om var adekvat information finns tillgänglig	
En hjälp för föräldrarna att veta vad de kan förvänta sig	Ger föräldrarna egenkontroll
Att bli påminda, inte glömma något väsentligt	
Att ha egenkontroll kan också upplevas kravfullt	
En struktur och överblick som bidrar till känsla av trygghet	Ger en känsla av trygghet
Ger en ömsesidig trygghet för både föräldrar och barnmorskor	

Underlag för samtal och feedback

Föräldrarna uppfattade att familjens checklista gav stöd åt samtalet och underlättade kommunikation med barnmorska samt att den förtydligade ansvarsfördelningen dem emellan.

Fungera som underlag i samtalet mellan föräldrar och barnmorska

Den första tiden efter barnets födelse är förenat med ett visst mått av oro och många frågor i den nya rollen som nybliven förälder. Föräldrar uppfattade att checklistan fungerade som stöd i samtalet och att den underlättade informationsutbytet med barnmorskan.

... det viktigaste är ändå samtalet och ha de här punkterna att gå igenom. Känns bara extra tryggt och det är tryggheten man vill ha...

Föräldrarna kunde hitta information i broschyrer, webbsidor och film men behovet av samtal och återkoppling från barnmorska uppfattades vara avgörande för att erhålla bekräftelse och stöd i den nya situationen. Eftervårdstiden var en informationsintensiv period då mycket kunskap ska inhämtas och där behovet ser olika ut från dag till dag. Checklistan underlättade denna informationsöverföring mellan föräldrar och barnmorska, kunskap som föräldrar behövde men också kunskap för barnmorskan om föräldrarnas unika behov.

Förtydliga barnmorskans ansvar att följa upp, svara på frågor och övervaka om något avviker

Checklistan uppfattades förtydliga ansvarsfördelningen mellan föräldrar och barnmorska där barnmorskan har huvudansvar att följa upp och svara på frågor.

... det som man måste säga till alla föräldrar, även om de säger att de inte behöver veta mer...

Barnmorskor har det övergripande ansvaret att följa upp och stämna av föräldrarnas behov gentemot checklistan, vid varje arbetspass under vårdtid och inför hemgång. Föräldrar påtalade också vilka områden som var viktiga för barnmorskan att informera alla föräldrar om oavsett de frågade efter det eller inte. Checklistan tydliggjorde också de områden föräldrarna själva hade ansvar för framför allt efter utskrivning från sjukhuset.

Tydliggör föräldrarnas behov av information

Checklistan hjälpte till att styra in samtalet kring de frågor som var viktigast för föräldrarna. Checklistan gav också tips om adekvat information och på så sätt kunde föräldrarna förbereda sig med frågor till samtalet med barnmorskan.

Att föräldrars behov av information styr samtalet

Med stöd av checklistan fick föräldrarna en överblick av information som kunde vara av värde för dem och utifrån det styra in samtalet kring de frågor som de önskade få svar på.

... diskussionsunderlag och att styra in för det som är viktigt för de personerna...

Det är föräldrarna själva som bäst vet sina behov av information och stöd. Med checklistan som underlag i samtalet utkristalliserades föräldrarnas behov och barnmorskan kunde förlita sig på att de inte missade att fråga något väsentligt.

Att får tips om var adekvat information finns tillgänglig

I checklistan fick föräldrar information om var de kunde hitta adekvat information under vårdtiden men också efter att de kommit hem.

... så tänker man och läser, om man själv diagnosticerar sig på internet, då är man ju rökt egentligen...

Under den relativt korta vårdtiden ska mycket information och kunskap inhämtas. Föräldrar kunde vara både trötta och utmattade efter barnafödande och sömnlösa nätter vilket gjorde att de eventuellt inte var mottagliga för information. Då var det av stor vikt för föräldrarna att veta var de kunde hitta information, vart de kunde vända sig med frågor samt vilka varnings-signaler de borde vara uppmärksamma på när de kommer hem. En behovsanpassad information bör vara tillgänglig både skriftligt och muntligt. En välinformerad förälder kunde lättare interagera och vara delaktig i den egna vården.

Ger föräldrarna egenkontroll

Föräldrar hade behov av att ha kontroll på sin situation, inte glömma något väsentligt och veta vad de kunde förvänta sig.

En hjälp till föräldrarna att veta vad de kan förvänta sig

Föräldrar behöver information och kunskap om vad de kan förvänta sig i den nya föräldrarollen. I checklistan fanns begrepp som ”känslomässig förändring” och ”föräldrarollen” vilket öppnade upp för samtal kring dessa frågor. Checklistan förtydligade också vad föräldrarna kunde förvänta skulle ske under vårdtiden och den första tiden hemma.

... hur man kan göra och hjälpa till och vara ett gott stöd för mamman... om jag stöder med allt jag kan, då är jag väl delaktig...

Flera föräldrar diskuterade delaktighet och stöd till varandra som nyblivna föräldrar, ett ömsesidigt och likvärdigt ansvar i relationen. I checklistan fanns också information om de olika rutinkontrollerna som skulle ske under vårdtiden, samt när de skulle göras och av vem. Kunskap om vad de kunde förvänta under vårdtiden och hemma ökade känslan av inflytande och makt i den egna situationen, veta vad som kan hända och erhålla redskap att hantera det.

Att bli påmind, inte glömma något väsentligt

Flera föräldrar kände en oro att glömma fråga något väsentligt eller att missa värdefull information, på så sätt blev checklistan en lista att pricka av att ha ”koll på läget”.

... själv flagga upp sina behov – vet vilka behov som menas. Trygghet för familjen att ha kontroll men och för barnmorskan att veta att familjen har kontroll...

Mammor men i synnerhet partner/närstående hade behov av att ha kontroll på sin situation och att de inte skulle glömma något väsentligt. Checklistan fungerade som en egen kontrollista för föräldrarna där ord och begrepp förtydligade vilka behov som kunde uppstå och som eventuellt inte var kända för föräldrarna sedan tidigare.

Att ha egenkontroll kan också upplevas krävfullt

Ett par föräldrar uppfattade checklistan som en pålaga. En förälder uppfattade checklistan som en läxa och en annan sade att det inte var deras prioritering att gå igenom en checklista när de precis hade fått ett nyfött barn.

... när de frågade att vi skulle gå igenom checklistan. Det kändes som lite att jag inte gjort läxan...

Hur checklistan används är av betydelse för hur den uppfattas. Att använda en checklista passar inte alla föräldrar och barnmorskor måste vara medvetna om detta. All information och vård ska vara individanpassad utifrån den enskildes förutsättningar och förväntningar. Således var checklistan inte helt lämplig för alla föräldrar alternativt anpassa tiden för introduktion och användning utifrån föräldrarnas behov.

Ger en känsla av trygghet

Checklistan bidrog till en känsla av trygghet för föräldrarna och de uppfattade att checklistan också innebar trygghet för barnmorskorna.

En struktur och överblick som bidrar till känsla av trygghet

Överblick och struktur av checklistan underlättade för föräldrar att vara delaktiga och för barnmorskan att följde upp och svara på frågor utifrån deras behov, vilket bidrog till föräldrarnas känsla av trygghet.

... när man har en checklista så känns det tryggt att bara se uppstaplat vad man skall tänka på, det är en trygghet...

Checklistan i sin struktur som kommunikationsverktyg anpassades över tid att innehålla begrepp och text som föräldrar förstod och kunde knyta an till. En föräldraanpassad checklista underlättade förståelsen av innehåll och därmed kunskapsinhämtningen.

Ger en ömsesidig trygghet för både föräldrar och barnmorskor

Föräldrar uppfattade att checklistan vara en trygghet också för barnmorskorna att föräldrar fick den information de behövde.

... det är precis som du säger att det är väl en trygghet för personalen för då vet man att de går hem med rätt information och vi som föräldrar har inte glömt att fråga för det står här...

Checklistan som kommunikationsverktyg bidrog till kontinuitet i information och samtal även när det var olika barnmorskor som kommunicerade med familjerna. Föräldrarna visste sina behov och kunde knyta an till det senaste och fortsätta där. Eller som avslutningssamtal inför hemgång prata om det som kvarstod av frågor. För barnmorskorna innebar det en trygghet att ingen information glömdes bort.

Diskussion

Metoddiskussion

Förbättringsarbete

Steg för steg har förbättringsarbetet byggts vidare på vad som framkommit genom reflektion och analys av resultat. De upprepade enkäterna visade föräldrars upplevelse av delaktighet och individuell information över tid och de gemensamt identifierade förbättringsområdena i familjens checklista drev förbättringsarbetet framåt. För att erhålla kvalitetsutveckling med aktiva medarbetare behövdes interaktiva handlingar och en kommunikation vilket Nelson et al. (2007) beskriver som att reflektera över erfarenheter och därefter försöka erhålla en ny förståelse och utifrån den bygga nästa utvecklingssteg.

Författaren till förbättringsarbetet har haft en faciliterande roll i arbetsgruppens utvecklingsresa genom att bidra med systemtänkande, förbättringskunskap och feedback av resultat i realtid. Det är en kombination av förbättringskunskap och de professionellas kunskap som tillsammans har bidragit till ökat värde för familjerna på BB-hotellet vilket Batalden & Stoltz (1993) angav som förutsättning för kontinuerliga förbättringar och lärande i utveckling. Facilitatorn har haft ett nära samarbete med framför allt en barnmorska genom hela förändringsprocessen. Detta har inneburit en växelverkan av erfarenheter, reflektion och diskussion av strategiska men också rent praktiska frågor. Både den barnmorskan och chefbarnmorskan har varit till stor hjälp i information och förankring i arbetsgruppen eftersom facilitatorn själv inte alltid var tillgänglig dagligen. På så sätt har barnmorskan på BB-hotellet byggt upp ett eget ledarskap och kunskap om förändringsarbete vilket Batalden et.al (2003) menar att ledarskap också handlar om att bana väg för andra att utvecklas som ledare.

Att ha både föräldrar och barnmorskor i fokusgruppsintervjuerna erbjöd både möjligheter och utmaningar. Ett mixat deltagandet kan ses som en förutsättning för den interaktiva ansatsen där deltagarna kunde betraktas som ett utvecklingsteam i designprocessen av kommunikationsverktyget vilket Bate och Robert (2006) och Pickles et al (2008) anger som att göra utvecklingsresan tillsammans som samarbetspartners. En annan fördel var att barnmorskorna som deltog fick en direkt och egenupplevd erfarenhet av vad föräldrars ansåg vilket kunde påskynda förankringsprocessen. Utmaningen med mixade grupper kunde enligt (Wibeck, 2010) medföra svårighet att skapa samförstånd och utbyte av information mellan deltagare. För att minimera den risken valdes en erfaren moderator som kunde ställa följdfrågor för att bringa klarhet och se till att alla kom till tals.

Det fanns en farhåga att de förbättringsområden som identifierades steg för steg i fokusgruppsdiskussionerna skulle vara divergerande eller motstridiga, men så blev det inte. Föräldrar och barnmorskor var relativt samstämmiga trots att det var olika personer i varje fokusgrupp. Ett exempel på område som togs bort för att sedan återföras vid följande fokusgrupp var ”bäckenbottenträning” som återkom som ”knipövningar” i sista versionen av checklistan. Nyckeln till en användarcentrerad design är att inte förutse användarens behov utan att istället engagera potentiella användare tidigt i utvecklingsprocessen (Mugglestone et al. 2008).

En metodbegränsning var att enkäterna till familjerna kom för nära varandra i tid för att kunna vara en longitudinell studiemetod vilket Magnusson, Bergman, Rudinger och Törestad (1994) skriver att longitudinella studier följer samma individer över lång tid och de föreslår val av annan studiemetod när syftet är att förstå och förklara utveckling som en process.

För att göra enkätuppföljningen så stabil som möjligt och lika för alla familjer genomfördes ett antal åtgärder. Innan start av förbättringsarbetet delades enkäten ut till föräldrarna på eftervårdsavdelningen för att se att frågorna gick att besvara och att svar fylldes i Trost (2007) menar att enkätens ord och fraser ska vara enkla för att så gott som alla ska uppfatta frågan på samma sätt. Därefter gjordes endast en mindre layoutändring. En annan åtgärd för att säkra processen kring enkäterna var genom samarbete med hotellets chef där hotellet städpersonal ansvarade för utlämning och insamling av enkäter när hotellrummen städades efter att familjerna gått hem. Att göra processen kring enkäterna så stabil som möjligt och inte utsatt för slumpmässigt inflytande ökar reliabilitet enligt Trost (2007).

En annan begränsning i enkäterna kan ha varit att föräldrar inte framförde kritik eller negativa synpunkter i den omfattning de egentligen önskade vilket Rudman och Waldenström (2007) beskriver som föräldrars ovilja att kritisera den vård de erhållit. En förbättringsidé kan vara att enkäter som fylls i digitalt och skickas in.

För hög validitet menar Trost (2007) att enkätfrågorna mäter det de var avsedda att mäta. Vid framtagande av enkätinstrumentet användes patientenkäten för vårdval BB/förlossning inom SLL som underlag för svarsalternativ men frågorna omformulerades något för att passa syftet för förbättringsarbetet.

Svarsfrekvensen i enkätstudien var mellan 60 och 70 procent vilket Trost (2007) anger som rimlig då dagens svarsfrekvens på enkäter brukar vara mellan 50 och 75 %. Bortfallet kan delvis förklaras med att enkäten initialt delades ut vid incheckning tillsammans med andra broschyrer vilket medförde att enkäten kom bort bland andra informationsbroschyrer och papper. När rutinen förbättrades och hotellstäderskan ansvarade för utdelning och insamling förbättrades svarsfrekvensen. Ett annat bortfall beror sannolikt på att hotellet också hade en enkät vilket kan ha medfört viss enkättrötthet.

Två månader efter att BB-hotellet öppnats och förbättringsarbetet inletts genomfördes en omfördelning av resurser och vårdplatser vilket förstärkte den redan tveksamma inställningen till hotellet som verksamhet. Den förändringen hade sannolikt en inverkan på resultat och utfall av föräldrars upplevelse av vården, då främst under tiden för enkätundersökning nummer två. Dock hade användningen och utvecklingen av kommunikationsverktyget familjens checklista kommit igång och barnmorskor kunde redan uppleva att den underlättade deras arbete.

I en för övrigt ifrågasatt verksamhet som BB-hotellet blev kommunikationsverktyget, familjens checklista, en intervention som barnmorskorna tog till sig och såg som sin egen. Den underlättade arbetet och den bidrog till att familjerna kände sig delaktiga och informerade.

Metoddiskussion

Studie av förbättringsarbete

En fallstudie valdes för att studera förbättringsarbetet eftersom den kan bidra till en bredare bild och därmed ökad förståelse av sammanhang i sin specifika kontext. En begränsning med fallstudier kan vara den stora datamängd som genereras och som måste hanteras vilket Eisenhardt (1989) menar kan riskera att tappa enkelhet och helhetsperspektiv. Ett sätt att undvika det är att behålla fokus på studiens syfte och frågeställning genom hela studieprocessen.

Manifest kvalitativ innehållsanalys valdes som metod för att fånga nyblivna föräldrars uppfattning om familjens checklista. En fördel med kvalitativ innehållsanalys är att metoden kan anpassas till studiens syfte (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012) och en manifest tolkningsgrad kan vara en bra start för en ovan författare (Graneheim och Lundman (2004)). Den textnära manifesta analysen kan medföra en risk att helheten går förlorad genom en allt för detaljerad kodning (Granskär & Höglund-Nielsen, (2012)). För att minska den risken genomfördes analysen steg för steg efter varje intervju för att därefter se till helhet av alla tre intervjuerna. Det innebar analysen fram till och med kodning gjordes av varje enskild textenhet för att därefter utkristallisera underkategorier och huvudkategorier för helhet av alla tre intervjuer. Detta gjorde den relativt stora textmassan blev mer hanterbar för bearbetning och analys.

Författarens förförståelse har betydelse inom kvalitativa studier eftersom det ofta krävs en förståelse och samarbete med mellan forskare och deltagare, som vid bearbetning av textbaserade intervjuer. Det finns alltid en viss grad av påverkan när text ska bearbetas eller tolkas. Således kan förförståelsen, kännedom om kontext, kultur och värden betraktas som en förutsättning som ökar tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Ett bekvämlighetsurval kunde medföra att de med positiv inställning till checklistan också anmälde intresse att delta. Dock framfördes ett par omständigheter kring checklistans som kunde uppfattades mindre bra vilket vägde upp det förövrigt positiva utfallet. Fokusgruppsintervjuernas två perspektiv krävde en lyhörd och insatt moderator som ställde följdfrågor relevanta för ämnet i fokusgruppen vilket också Krueger och Casey (2009) anger fördelar med en moderator som har kännedom om både kultur och organisation. Författaren diskuterade utfall från fokusgruppsintervjuerna med främst med barnmorskor som deltog i fokusgrupperna, moderator och utvecklingsbarnmorskan vilket Graneheim och Lundman (2004) förespråkar som en dialog mellan samarbetspartners i forskning där deltagarna kan konfirmera data vilket kan öka tillförlitlighet av resultat. Hur frågor ställs och kunskapen hos datainsamlaren har betydelse för studiens tillförlitlighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012) och att datainsamlingsprocessen är väl beskriven. Deltagares rätt till konfidentialitet och frivillighet har beaktats bland annat genom att fokusgruppsintervjuerna skedde efter avslutad vårdtid i en lokal utanför BB-hotellet.

Trovärdighet handlar om hur användbart eller överförbart resultatet är där överförbarhet handlar om resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Författaren kan ge förslag på och skapa förutsättningar för överförbarhet men det är läsaren som avgör om resultatet kan överförbart i ett annat sammanhang (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Denna studie har genomförts inom eftervården på ett nyöppnat BB-hotell och dess överförbarhet i ett annat sammanhang kan diskuteras. Inom eftervården är det oftast unga och friska föräldrar med förmåga och kapacitet att hantera ett sådant kommunikationsverktyg emedan annan vård kan ha patienter med andra behov av information och delaktighet.

Resultatdiskussion

Förbättringsarbete

Förbättringsarbetets resultat visar en successiv förbättring av föräldrars upplevelse av delaktighet i vård och att de får tillräckligt med information utifrån behov. De upplevde också trygghet inför hemgång även om den variabeln var hög redan från början av förbättringsarbetet.

Hotellmiljön och att partner/närstående kunde stanna under hela vårdtiden och att barnmorskor fanns tillgängliga dygnet runt bidrog sannolikt till föräldrars upplevelse av delaktighet. Kiessling och Kjellgren (2004) belyser tre teman kring delaktighet, behovet av samtal, behovet av kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen och behovet av kontroll.

Föräldrarna på BB-hotellet får kommunikationsverktyget direkt vid ankomsten och är därmed ägare till sin checklista som Bülow et al. (2012) anger att delaktighet handlar om makten att styra och att kunskap och information är steg på vägen mot delaktighet. Partner/närståendes behov av delaktighet har belysts i ett flertal studier. Hildingsson, Thomas, Engström Olofsson och Nystedt (2009) och Johansson et al. (2011) skriver att barnmorskor måste involvera pappor i eftervården och att föräldraskapet ska ses som ett gemensamt projekt. Vård och omvårdnad skapas i dialog mellan föräldrar och barnmorskor, där kommunikation och lyhördhet är en förutsättning för delaktighet.

Föräldrar upplever att de får tillräckligt med information utifrån behov på ett övergripande plan. Nedgången vid den andra enkätundersökningen kan inte närmare analyseras än att omorganisationen påverkade arbetsrutiner och arbetsmiljö för barnmorskor vilket troligen hade betydelse för hur föräldrar upplevde informationsutbyte och vård.

Kommunikationsverktyget familjens checklista har bidragit till att föräldrar vet vilken information som kan vara av värde att eftersöka. Flera tidigare studier visar att främst pappor upplever brister i information kring barnets skötsel (Hildingsson et al. 2009; Johansson et al. 2013) och att mammor upplever brister i information kring amning (Persson et al. 2011). Dessa områden blev nu tydligare för föräldrar att efterfråga och styra samtalet efter egna behov. En välinformerad och utbildad patient är bättre rustad att aktivt interagera som samarbetspartner i den egna vården skriver (Myndigheten för vårdanalys, 2012:5).

Förbättringsarbete på BB-hotellet kan också påvisas i den årligen återkommande patientenkäten för vårdval BB/Förlossning i SLL från hösten 2013. Vid en intern jämförelse från hösten 2012, med BB-hotellens resultat för hösten 2013 och övriga BB/förlossningsenheter i Stockholms vid samma tidpunkt har BB-hotellens nya arbetssätt gett en förbättring avseende individuell information (Tabell 5). Det är ett urval av frågor angående information kring barnets skötsel, första tiden hemma, mammans hälsotillstånd och amning vilket också var kommunikationsverktygets fokusområden.

Tabell 5 Visar utfall av patientenkät vårdval BB/förlossning i jämförelse mellan 2012 med BB-hotellet hösten 2013 och Stockholms BB/förlossningsenheter vid samma tidpunkt. Källa Indikator patientenkäter.

Patientenkät vårdval BB/förlossning	BB avdelning	BB-hotellet	Median förlossnings enheterna i Stockholm
Tidsperiod	Hösten 2012	Hösten 2013	Hösten 2013
Tillräckligt med information om barnets skötsel?	Andel positiva 51 av 100	Andel positiva 72 av 100	Andel positiva 58 av 100
Information om första tiden hemma?	Andel positiva 59 av 100	Andel positiva 84 av 100	Andel positiva 65 av 100
Tillräckligt med information om ditt hälsotillstånd?	Andel positiva 46 av 100	Andel positiva 74 av 100	Andel positiva 65 av 100
Tillräckligt med information om amning/matning?	Andel positiva 64 av 100	Andel positiva 78 av 100	Andel positiva 64 av 100

Föräldrar uppfattar sig erhållit en mer individuell information på BB-hotellet jämfört med ett år tidigare på BB avdelningen. Detta styrker det resultat som framkommit i förbättringsarbets enkät där föräldrar upplevde en ökad delaktighet och tillräckligt med information utifrån behov på ett mer övergripande.

Resultatdiskussion

Studie av förbättringsarbete

Studiens syfte var att beskriva föräldrars uppfattning om kommunikationsverktyget familjens checklista. Resultat av analysen diskuteras här utifrån föräldrarnas uppfattade att familjens checklista fungera som stöd i samtal och feedback med barnmorska samt att den bidrog till föräldrarnas egenkontroll.

Föräldrar uppfattade att checklista fungerade som underlag i samtal och återkoppling samt att den underlättade informationsutbytet mellan föräldrar och barnmorska. Själva samtalet och återkopplingen från barnmorska uppfattades vara avgörande för att erhålla bekräftelse och stöd i den nya situationen och därmed upplevelse av trygghet. Trygghet är förknippat med många olika aspekter beroende av sammanhang, erfarenheter och förväntningar. Persson et al. (2010) och (2012) lyfter fram faktorer som påverkar känslan av trygghet hos nyblivna föräldrar som att ha support av personal, veta vart de kan vända sig, relevant information och delaktighet i vård har betydelse. Familjens checklista förtydligade också barnmorskornas övergripande ansvar att följa upp och stämma av föräldrarnas behov, vid varje arbetspass under vårdtid och inför hemgång. Föräldrar påtalade också vilka områden som var viktiga för barnmorskan att informera alla föräldrar om oavsett de frågade efter det eller inte.

Föräldrar uppfattade att checklistan bidrog till egenkontroll i den egna situationen. Det fanns en oro att de skulle missa något och mammor, men i synnerhet partner/närstående, hade behov av att ha kontroll och att de inte skulle glömma något väsentligt. Checklistans ord och begrepp förtydligade vilka behov som kunde uppstå och som eventuellt inte var kända av föräldrarna sedan tidigare. Dock var det föräldrar som ansåg att checklistan kunde uppfattas som kravfull eller som en läxa. Det belyses av Robinson och Thomson (2001) att informationsverktyg för delaktighet eller beslut i vård endast ska erbjudas de patienter som önskar vara involverade. Således var checklistan inte helt lämplig för alla föräldrar men att den ändå bidrog till identifiera de familjer som behövde annat stöd. All information och vård ska vara individanpassad utifrån den enskildes förutsättningar och förväntningar.

Att ha ett kommunikationsverktyg som föräldrarna själva äger och har makt över kan bidra till ett mer jämbördigt förhållningssätt mellan föräldrar och barnmorskor vilket kan beskrivas som en personcentrerad vård där patienten är en aktiv partner med den nödvändiga kunskap och kompetens som krävs för att kunna utforma vård som är ändamålsenlig för patienten som person (Centrum för personcentrerad vård, 2014). Ett förhållningssätt som bidrar till att föräldrars behov och önskemål styr både samtal och vård.

Slutsatser

Med förbättringskunskap, professionell kunskap och tillsammans med nyblivna föräldrar utveckla användbart och behovsanpassat verktyg som ger stöd i samtal och informationsutbyte. Ett kommunikationsverktyg som utgår från föräldrars unika behov av vård och information och som bidrar till föräldrars känsla av egenkontroll och trygghet.

Förbättringsarbetet och studien kan fungera som vägledning för hur verktyg kan utvecklas i samarbete mellan patient och vårdgivare, vilket innebär att inte förutse föräldrar eller patienters behov utan efterfråga deras uppfattning och i samarbete med professionella utveckla behovsanpassade och användbara verktyg för båda parter.

Tack

Författaren önskar tacka de personer som på olika sätt bidragit till detta arbete:

Karina Huus för en föredömlig handledning som fört mig framåt att prestera mer än jag själv trodde var möjligt.

Raymond Lenrik för att du med din erfarenhet inom BB/förlossningsvården coachade mig att hitta rätt väg i förbättringsarbetet. Ditt stöd har verkligen lyft och underlättat min utvecklingsresa.

Margareta Hammarström önskar jag särskilt tacka för ditt fantastiska stöd, att du trott på mig och du har banat väg för mig. Du har gett mig kloka och vetenskapliga råd under hela studietiden.

Rea Affan ditt starka engagemang för eftervård och att du trott på idén av familjens checklista har motiverat mig att fortsätta framåt.

Camilla Packendorff önskar jag särskilt tacka för ett fantastiskt samarbete i utvecklingen av familjens checklista.

Barnmorskor och föräldrar på BB hotellet som medverkat i fokusgrupper och som därmed bidragit med sina erfarenheter och kloka synpunkter.

Margareta Johansson för att du på ett föredömligt sätt fungerat som moderator samt att du varit mitt bollplank.

Astrid Holmgren - Lie med sin långa erfarenhet av eftervård och framsynta tankar angående involvering och patientnära arbete har gett mig kraft framåt.

Inga-Maj Andersson min forskande arbetskollega som hela tiden trott på mig.

Sofie Wrang tack för att jag har fått lära känna dig. Du är fantastisk och du har gett mig så mycket.

Alla kurskamrater som jag fått lära känna och som på olika sätt gjort dessa tre år ännu mer inspirerande, roliga och utvecklande. Jag vill också tacka alla kursledare och lärare.

Referenser

- Backman, J. (2012). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Baker, GR. (2011). The contribution of case study research to knowledge of how to improve quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 20, 30-35.
- Batalden, P, B., & Stoltz, P, K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professionals and Improvement Knowledge to Test Change in Daily Work. *Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-447.
- Batalden, P, B., & Davidoff, D. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *BMJ Quality & Safety*, 16, 2-3.
- Batalden, P.B., et al. (2003). Microsystem in Health Care: Part 5 How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(6), 297-308.
- Bate, P., & Robert, G. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Bowman, K, G. (2005). Postpartum Learning Needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34 (4), 438-443.
- Bülow, P., Persson Thunqvist, D., Sandén, I. (Red.). (2012). *Delaktighetens praktik - det professionella samtalets villkor och möjligheter*. Gleerups Utbildning AB.
- Docteur, E., & Coulter, A. (2012:5). Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Eisenhardt, K. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Emmanuel, E., Creedy, D., & Fraser, J. (2001). What mothers want: a postnatal survey. *Australian College of Midwives Incorporate*, 14(4), 16-20.
- Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. (2012). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Fredriksson, G, E., Högberg, U., & Lundman, B, M. (2003). Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and bonding. *Midwifery*, 19 (4), 267-276.
- Genomlysning av Stockholms läns förlossningsenheter. (2014). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholm.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Göteborgs Universitet Centrum för personcentrerad vård. (2010). Projektledare Inger Ekman. Hämtad 10 januari, 2014, från www.gpcc.gu.se

Hildingsson, I., Thomas, J., Engström Olofsson, R., & Nystedt, A. (2009). Still behind the glass wall? Swedish fathers' satisfaction with postnatal care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 280-289.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Stockholm: Fritzes.

Institute for Healthcare Improvement. (2013). Improving Health and Health Care Worldwide. Hämtad 1 maj, 2013 från <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/PerinatalTickettoDischarge.aspx>

Johansson, K., & Darj, E. (2004). What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward? *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 109, 229-238.

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2013). Improvements of postnatal care required by Swedish fathers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), 465-480.

Kiessling, T., & Kjellgren, K. I. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 74(24), 31-35.

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups 4th edition. A practical guide for applied research*. Sage Publications.

Langley, G.J., Moen, R., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L., & Provost L.P. (2009). *The Improvement Guide: a Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass.

Larsson, I., Palm, L., & Rahle Hasselbalch, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken*. Nordstedts akademiska förlag.

Lomoro, O. A., Ehiri, J. E., Qiang, X., & Tang, S. L. (2002). Mothers' perspectives on the quality of postpartum care in Central Shanghai China. *International Journal for Quality of Health Care*, 14(5), 393-402.

Longtin, Y., et al. (2010) Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 53-62.

- Magnusson, D., Bergman, R. L., Rudinger, G., & Törestad, B. (1994). *Problems and Methods in Longitudinal Research*. Cambridge University Press. E-bok hämtad från databasen Google scholar.
- Morrow, J., McLachlan, H., Forster, D., Davey, M-A., & Newton, M. (2013). Redesigning postnatal care: exploring the views and experiences of midwives. *Midwifery*, 29, 159–166.
- Mugglestone, M., Maher, L., Manson, N., & Baxter, H. (2008). Accelerating the improvement process. *Clinical Governance An International Journal*, 13(1), 19-25.
- Nationella indikatorer för God vård. Hälsa- och sjukvårdsövergripande indikatorer och indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. (2009). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., Huber, T. P., Mohr, J. J., Godfrey, M. M., Headrick, L. A., et al. (2002). Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High -Performing Front - Line Clinical Units. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(9), 427-493.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design. A Clinical Microsystems Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nelson, E. C., Godfrey, M. M., Batalden, P. B., Berry, S., Bothe, A. E., McKinley, K. E., et al. (2008). Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(7), 367-378.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659). Stockholm: Fritzes.
- Perla, R. J., Provost, L. P., & Murray, S. K. (2011). The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. *BMJ Quality & Safety*, 20, 46-51.
- Persson, E.K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A-K. (2010). Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105–116.
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A-K. (2012). Fathers' sense of security during the first postnatal week: A qualitative interview study I Sweden. *Midwifery*, 28(5), 697–704.
- Pickles, J., Hide, E., & Maher, L. (2008). Experience based design: a practical method of working with patients to redesign services. *Clinical Governance: An International Journal*, 13(1), 55-58.
- Robinson, A., & Thomson, R. (2001). Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*, 10, 34-38.
- Rowe, R. E., Garcia, J., & Macfarlane, A. J. (2002). Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review. *Health Expectations*, (5), 63-83.

Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7(178), 1-14.

SOSFS 2011:9. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sveriges officiella statistik. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2010. Assisterad befruktning 1991–2009. Socialstyrelsen publicerings år 2012.

Thor, J., Wittlöv, K., Herrlin, B., Brommels, M., Svensson, O., Skår, J., et.al. (2004). Learning Helpers: How They Facilitated Improvement and Improved Facilitation Lesson From a Hospital-wide Quality Improvement Initiative. *Quality Management in Health Care*, 13(1), 60-74.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Uppdragsguiden. (2013). *Regelbok för förlossningsenheter*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning Stockholms läns landsting.

<http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Vardvalsomraden/Vardval-Forlossningsenheter/>

Valbø, A., Hestad Iversen, H., & Kristoffersen, M. (2011). Postpartum Care: Evaluation and Experience Among Care Providers and Care Receivers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 332-339.

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551-560.

WHO. (1998). Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood unit. Switzerland.

WHO. (2010). Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Department of Making Pregnancy Safer. Switzerland.

WHO. (2013). Health systems. Hämtad 10 maj, 2013, från <http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/en/>

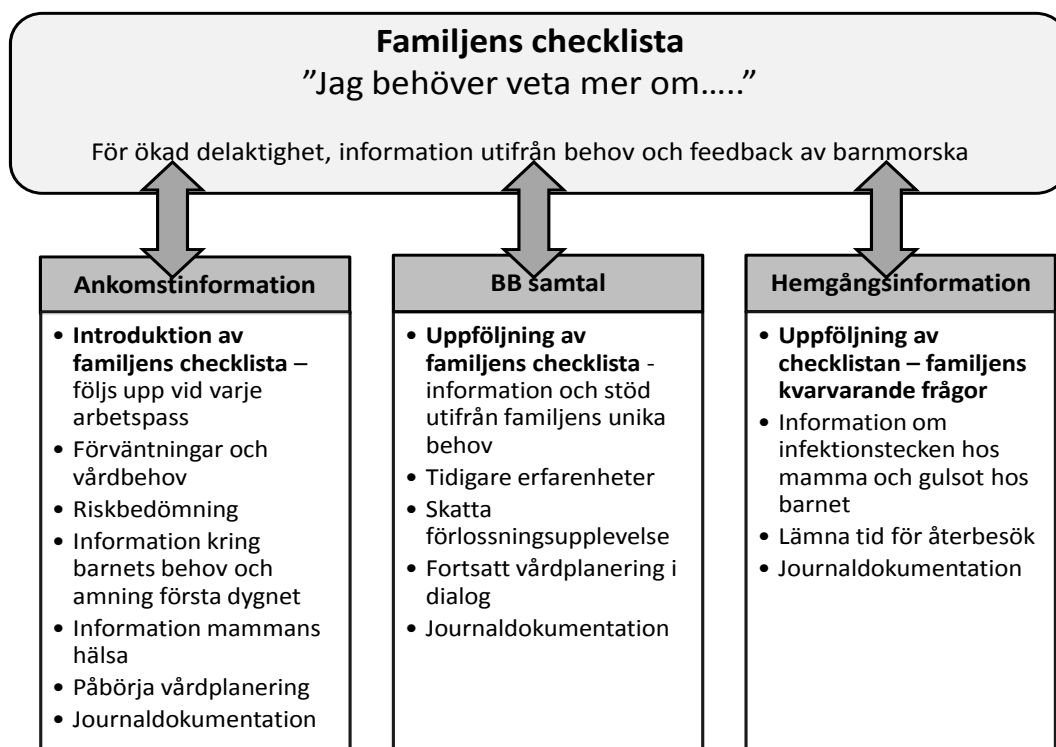
WHO. (2013). Patient safety. Hämtad 20 april, 2013, från http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/mother_baby/tool/en/index.html

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research - Design and Methods. Fourth Edition*. Sage Publications.

Bilagor

Bilaga 1. Processbeskrivning av ny arbetsrutin



Bilaga 2. Sammanställning av identifierade förbättringsområden

Utifrån tre fokusgruppsintervjuer med föräldrar och barnmorskor tillsammans identifierade förbättringsområden i familjens checklista.

Behovsanpassning	<ul style="list-style-type: none">•Föräldrars behov av information och kunskap styrde utformning av innehåll och text•Barnmorskor bidrog med professionell kunskap och erfarenhet för vad föräldrar bör veta•Checklistans struktur för att ge föräldrar en överblick vad de bör veta eller ta reda på•Föräldrar behöver information på olika sätt skriftligt, i samtal och digitalt
Ansvarsfördelning	<ul style="list-style-type: none">•Förtydligade barnmorskans ansvar under vårdtid•Förtydligade föräldrarnas ansvar vid och efter hemgång•Förtydligade föräldrars lika ansvar i föräldraskapet•Barnmorskor följer upp föräldrars behov av information varje arbetspass samt inför hemgång
Adekvat information	<ul style="list-style-type: none">•Information av värde för föräldrar de första dagarna•Inte för mycket text, sammanslagning av rubriker•Tog bort text som skapade mer frågor och som inte berörde de flesta•Förtydligande av begrepp och text ur föräldraperspektiv•Tips om information på vårdguiden 1177, broschyrer och film
Tillfört och borttaget	<ul style="list-style-type: none">•Lade till rubrik partner/närstående och dennes roll• Under amning "mjölkstas - mjölkstockning" belysa skillnad•Rubriken barnets vård och klädsel anpassades flera gånger•Bäckenbottenträning togs bort men återinfördes som rubrik knipövning

Bilaga 3. Kommunikationsverktyget familjens checklista

Sista version av familjens checklista inom ramen för förbättringsarbetet.

FAMILJENS CHECKLISTA **BRA ATT VETA**



Checklistan är ett hjälpmedel för dig att veta vilken information som är av vikt för dig som nybliven förälder. Målet är att du ska vara trygg inför hemgång från BB-hotellet.

Information om nedanstående punkter kan du få via:

- Broschyren "Till er som blivit föräldrar"
- Amningsfilmen "Hud mot hud" på BB-hotellets TV
- Webbsidan 1177 Vårdguiden för information och filmer om bl.a. att bli förälder, amning och att sköta ett nyfött barn
- Barnmorskor finns tillgängliga dygnet runt på BB-hotellet och deföljer upp och svarar på dina frågor

Mamma

Avslag (blödning)

Urin/avföring

Bristning/operationssår

Smärta /Smärtlindring

Infektionstecken (broschyr "Till Er" sid 14-15)

Känslomässig förändring

Knipövningar

Barn

Hud mot hud

Sömn och vakenhet

Kiss/bajs

Navel

Hud

Bad (mer information på 1177)

Nyföddhetsgulsot

Klädsel

Pappa / partner

Känslomässig förändring

Den nya rollen som förälder

Amning

Amning - utifrån barnets signaler

Amningsteknik och positioner

Råmjölk - mogen mjölk

Mjökstas

Mjökstockning

Handmjölkning

Smärtsam amning

Alternativ till amning

Övrigt

När ditt barn skriker (broschyr "När ditt barn skriker" och 1177)

Minska risk för plötslig spädbarnsdöd (information på 1177)

Planeras / utförs av din barnmorska under vistelsen på BB hotellet innan du går hem

Barnläkarundersökning

BB samtal och hemgångsinformation

POX-screening vid 24-48 timmars ålder (broschyr "Till Er" sid 6)

PKU-prov efter 48 timmars ålder (broschyr "Till Er" sid 6)

Vid behov, tid för återbesök på BB-mottagning

Kom ihåg att göra själv

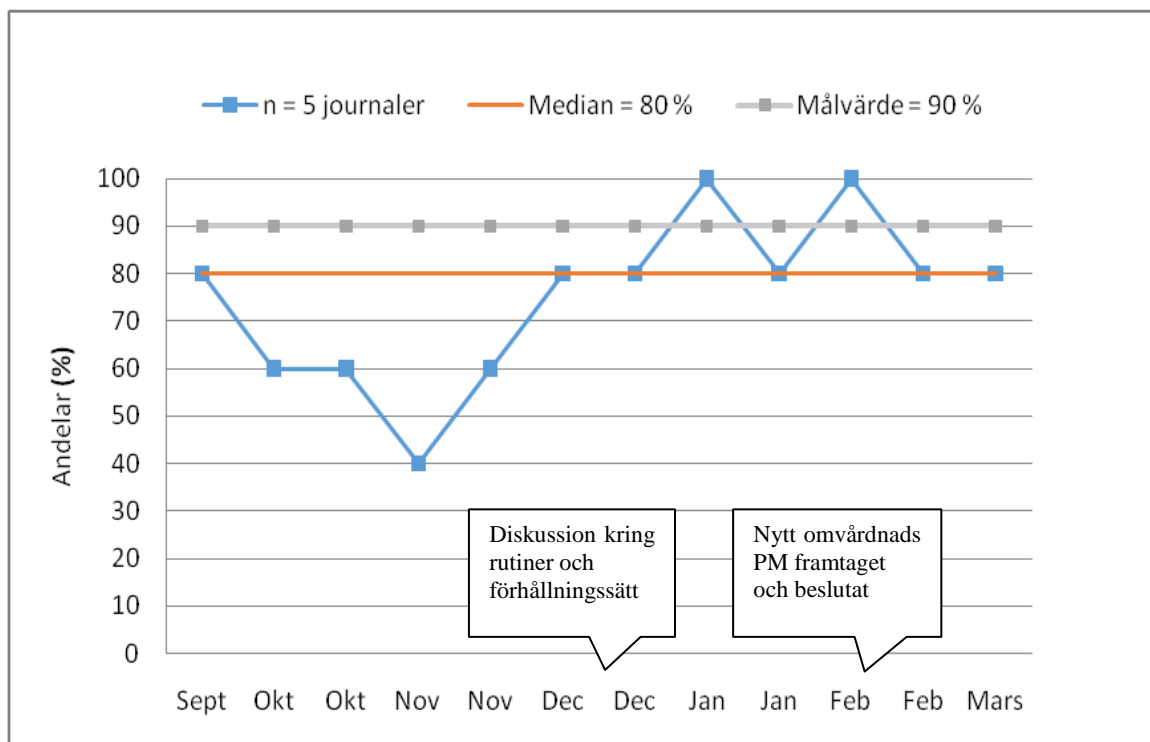
Hörselscreening tidigast dag 3 (i samband med återbesöket)

Boka första besök på BVC

Boka efterkontroll på MVC

Bilaga 4. Stickprov med journalgranskning för utfall PGSA hjul 4

Journaldokumenterat ”avstämning mot familjens checklista vid hemgång” analyserat med sekvensdiagram.



Bilaga 5. Patientenkät med frågor till båda föräldrarna

En enkätuppföljning av eftervården på BB-hotellet

Med hjälp av dina synpunkter kan vi utveckla eftervården här på BB-hotellet.

Enkäten tar några minuter att svara på. Den är frivillig och du svarar anonymt. De första frågorna är riktade till dig som nybliven mamma, därefter kommer några frågor till din medboende på hotellet.

Kände du dig delaktig i din eftervård på BB-hotellet, så mycket som du önskade?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

Upplevde du att du fick tillräckligt med information utifrån dina behov?

- Ja, jag fick tillräcklig information
- Delvis
- Nej, jag fick för lite information

Kände du dig trygg inför hemgång?

- Ja
- Delvis
- Nej

Om du hade en medboende på BB-hotellet, är vi tacksamma om följande frågor besvaras av din medboende.

Kände du dig delaktig i vården på BB-hotellet, så mycket som du önskade?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

Upplevde du att du fick tillräckligt med information utifrån dina behov?

- Ja, jag fick tillräcklig information
- Delvis
- Nej, jag fick för lite information

Kände du dig trygg inför hemgång?

- Ja
- Delvis
- Nej

Bilaga 6. Informationsbrev om fokusgruppsdeltagande till föräldrar på BB-hotellet

Är du och din medboende intresserade av att delta i en fokusgrupp?

Utveckling av eftervården på BB-hotellet med fokus på familjens checklista

I september 2013 öppnade BB-hotellet verksamheten på XXXX.

Här får familjer eftervård i hotellmiljö med barnmorskor tillgängliga dygnet runt. Vårt mål är att öka delaktighet och att familjen ska vara trygga inför hemgång från BB-hotellet.

Den nyöppnade verksamheten kommer följas upp under första året utifrån kvalitet och patientsäkerhet med hjälp av befintliga datasystem och rapporter. Några familjer kommer dessutom att tillfrågas om att delta i fokusgrupper, för att tillsammans med barnmorskor diskutera utvecklingen av eftervården på BB-hotellet med fokus på familjens checklista ”Bra att veta första tiden”.

Deltagandet i fokusgrupperna är frivilligt, anonymt och genomförs efter avslutad vårdtid på hotellet.

Ni som blir tillfrågade om att delta i fokusgruppsdiskussion har självklart rätt att avstå eller att när som helst avbryta ert deltagande, utan att ange någon anledning. Det kommer vara två familjer och två barnmorskor i varje fokusgrupp och diskussionerna beräknas ta 1 timme. Samtalen kommer att spelas in och inga persondata samlas eller sparas.

Fokusgruppen är XXXX den XXXX kl.14.15 – 15.15 här på sjukhuset.

För att underlätta kan vi boka ert återbesök till BB-mottagningen i anslutning till den tiden och att vi möter upp er där.

Om du och din medboende är intresserade av att delta skriver du ditt **namn och Telefonnummer** på den lösa pappersslappen och lämnar den till din barnmorska på BB-hotellet.

Har du några frågor är du välkommen att ringa XXXX barnmorska och verksamhetsutvecklare
VO Kvinnosjukvård/förlossning telefonnummer: XX-XXXXXXX

Bilaga 7. Intervjuguide för fokusgrupp 1, 2 och 3

Välkomna till denna fokusgrupp

Gruppen består av två familjer som fått eftervård på BB-hotellet och två barnmorskor som arbetar där. Jag, XXX XXX är fokusgruppleddare.

Jag heter XXX XXX och kommer att vara observatör som för anteckningar och sköter ljudinspelningen.

På BB-hotellet eftersträvas familjernas delaktighet i vården och därför har en checklista utvecklats.

Ert deltagande är frivilligt och ni har rätt att avbyta när som helst, utan att uppge någon anledning. Data kommer att behandlas konfidentiellt och ljudinspelningarna kommer att raderas efter analys.

Diskussionen beräknas ta 1 timme.

Målet idag är att identifiera konkreta förbättringsområden för familjens checklista .

1. På vilka sätt kan en checklista användas av nyblivna familjer under BB-vård?

2. Vi ska nu diskutera checklistans olika delar.

- På vilket sätt kan avsnittet om förbättras?
- Vad var bra?
- Vad uppfattades som det viktigaste?
- Vad saknades?
- Vad kan tas bort?

3. Hur kan barnmorskan underlätta familjernas användande av checklistan?