



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Karolinska Institutet

Examensarbete, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp.

Kurskod: 2BM014

VT 2014

Vem värnar om den nyblivna mamman?

Who cares for the new mom?

Författare:

Marie Bondeson
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent

Signe Lindström
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:

Mia Barimani
Leg. Barnmorska
Ph.D

Examinator:
Cecilia Ekeus
Leg. Barnmorska

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige är vårdtiden efter en förlossning en kort. Barnhälsovården kontrollerar barnets välmående men har inget övergripande ansvar för kvinnan.

Syfte: Syftet med studien var att öka förståelsen för hur kvinnor upplever stöd i föräldraskapet samt kvalitén i information från vårdpersonal tiden närmast efter barnets födelse.

Metod: Tio kvinnor intervjuades. Intervjumaterialet analyserades genom en latent innehållsanalys.

Resultat: Resultatet mynnade ut i tre kategorier: Upplevelse av stöd, Upplevelse av information, Upplevelse av kontinuitet, som tillsammans bildade ett tema: Att bli stärkt i föräldraskapet.

Slutsats: Kontinuitet ger känsla av stöd och trygghet hos nyblivna mödrar. Stöd i föräldraskapet har många dimensioner, inte minst partners involvering redan från början. Kvinnorna vill ha tydlig information om vart det ska vända sig med frågor angående barnet eller sin egen hälsa..
Fynden i denna studie indikerar att mer forskning inom stöd i tidigt föräldraskap, kontinuitet i vårdkedjan och information till nyblivna föräldrar behövs. Vidare beskrivs ett behov för uppdaterade rutiner inom postpartum- vården för att stödja kvinnans behov.

Nyckelord: Stöd, kontinuitet, föräldrastöd, information, upplevelse.

Abstract

Background: In Sweden, hospital stay after childbirth is short. Child health care is responsible for the child's well-being, but does not have overall responsibility for the woman.

Aim: The aim of this study was to increase the understanding of how women experience support in parenting and the quality of information from health professionals the time immediately after birth

Methods: Ten women were interviewed. The interview data were analyzed by latent content analysis.

Results: The result culminated in three categories: The perception of support, Experience of information and Experience of continuity, which together formed a theme: To be supported in parenthood.

Conclusion: Continuity gives a sense of support and security in new mothers. Support in parenting has many dimensions, not least the partner's involvement from the beginning of parenthood. The women wants to have clear information about where they should turn with questions concerning the child or their own health Findings in this study indicate that more research in support of early parenthood, continuity in the continuum of care and information to new parents are needed. Also a need for updated practices in the postpartum care should be made to support the woman's needs.

Key words: Support, Continuity, Parenting support, Information, Experience.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
<i>Förkortningar</i>	1
<i>Definitioner</i>	1
<i>Postpartumvård på sjukhus</i>	2
<i>Kontinuitet i vårdkedjan</i>	3
<i>Föräldrastöd</i>	4
<i>Information</i>	6
<i>Amningsstöd</i>	7
<i>Övergången till föräldraskapet- transition</i>	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
<i>Design</i>	9
<i>Urval</i>	10
<i>Dataanalys</i>	11
Etiska överväganden	13
Resultat	14
<i>Att bli stärkt i föräldraskapet</i>	14
Upplevelse av stöd	14
<i>Bekräftelse från vårdpersonal</i>	14
<i>Brist på bekräftelse från vårdpersonal</i>	15
<i>Amningsstöd</i>	18
Upplevelse av information	19
<i>Tydlig information</i>	19
<i>Otydlig information</i>	20
Upplevelse av kontinuitet	21
<i>Kontinuitet som stöd</i>	21
<i>Avsaknad av kontinuitet</i>	23
<i>Behov av kontinuitet</i>	25
<i>Behov av tydlig information</i>	27
<i>Behov av amningsstöd</i>	28
<i>Behov av stöd i övergången till föräldraskap.</i>	29
<i>Behov av trygghet på BB.</i>	30
Trovärdighet	32

Pålitlighet	33
Överförbarhet	33

Inledning

Friska gravida kvinnor i Sverige blir omhändertagna enligt basprogrammet på mödrahälsovården. Efter förlossningen ligger kvinnorna i snitt kvar en till två nätter på BB-avdelning. När föräldraparet kommer hem med sitt barn ändras fokus, från att i princip helt ha handlat om den gravida kvinnan, till att enbart fokusera på det nyfödda barnet. Vi har genom en studie sett att 17 procent av nyblivna mödrar i Stockholm söker akut sjukvård första två veckorna postpartum (Barimani, Oxelmark, Jonansson, Langius- Eklöf & Hylander 2014). Vi frågar oss hur kvinnorna upplever kontinuiteten i vårdkedjan. Barnavårdcentralerna har kompetens kring barnet, men inte om kvinnans hälsa eller om amning, som ligger under barnmorskans kompetensområde. Denna studie har genomförs inom ramarna för ett forskningsprojekt som pågår på institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm.

Bakgrund

Förkortningar

MVC *Mödravårdcentral*

MHV *Mödrahälsovård*

BB *Eftervårdsavdelning (tidigare barnabörds-hus)*

BVC *Barnavårdcentral*

BHV *Barnahälsovård*

Definitioner

Barnmorskor i Sverige har en 4,5 år lång högskoleutbildning som leder till barnmorske-examen (KI 2014). Inom mödravården, förlossningsvården och eftervården möter patienterna

barnmorskor men även undersköterskor och läkare. På eftervårdsavdelning (BB) möter kvinnorna i vissa undantagsfall även sjuksköterskor. De flesta BVC bemannas av barnsjuksköterskor, en sjuksköterska med specialistutbildning inom barn och ungdomars hälsa (KI 2014).

BB mottagningarna/återbesöksmottagningarna är belägna på sjukhusen och tillhör förlossningsklinikerna. Här gör man ofta återbesök hos en barnmorska efter hemgång från BB. Amningshjälpen är en frivillig organisation i Sverige som bygger på volontärarbete (Amningshjälpen 2014). Postpartum kallas tiden efter barnets födelse. Den närmsta tiden efter födelsen kallas för puerperiet och sträcker från det att barnet föds till och med sex veckor därefter (Ellberg 2009).

Postpartumvård på sjukhus

I Sverige är vårdtiderna på BB mycket korta, en till två dagar i Stockholm. Det är möjligt att lämna BB redan efter sex timmar, detta kallas *tidig hemgång* (Socialstyrelsen 2005). Efter förlossningen vårdas kvinnan och barnet på en postpartum-avdelning (BB). Där kan man bo i ett familjerum med sin partner. Det finns också salar där man delar rum med andra kvinnor.

Några sjukhus har patienthotell för kvinnor med okomplicerade graviditeter och normala förlossningar (Hildingsson 2007). Patienthotellen ligger vanligen i direkt anslutning till förlossningsavdelningen. På de flesta patienthotellen kan även anhöriga bo (Rudman & Waldenström 2007).

Målsättningen för traditionell BB-vård är att den nyblivna familjen etableras och får råd, stöd och medicinsk omvårdnad. Vårdtiden varierar och anpassas vanligen efter omvårdnadsbehovet (Ellberg 2009). Postpartum -avdelningar ska sörja för kvinnans och barnets hälsa en vecka postpartum. Därefter tar BVC över kontroller för barnets del. Det finns otydligheter i vart kvinnan ska vända sig om det uppstår problem hos henne själv eller hos barnet. Det saknas tidiga kontrollrutiner efter hemgång från sjukhuset och det finns få vårdinstanser som erbjuder hembesök efter förlossningen (Barimani & Hylander 2012).

I en studie av Barimani et al. (2014) finner man att så många som 17 procent av kvinnor i

Stockholmsområdet, sökt akutsjukvård inom två veckor postpartum. De vanligaste orsakerna till att kvinnorna sökte sjukvård var amningsrelaterade problem, förlossningarrelaterade problem samt spädbarnets hälsa. Postpartum-vården är den som rankas lägst i känslan av stöd hos nyblivna familjer (Barimani 2012; Persson & Dykes 2002). Detta är ingen överraskning enligt Barimani (2012) då postpartum-vården på BB är den första instansen i vårdkedjan efter barnets födelse, föräldrarna är ofta omtumlade och vårdtiden kort. En negativ upplevelse kan uppstå när man upplever att personalen inte har tid, om man får träffa många olika personer från vårdpersonalen och om man upplever att man blir utskriven från BB mot sin vilja. Miljön på avdelningen kan vara av betydelse för trivselen. Om avdelningen upplevs som stressande och utan fungerande rutiner kan erfarenheten färgas negativt av detta. Att inte känna sig sedd eller få det stöd man efterfrågar, kan ge en negativ upplevelse av BB-vården (Rudman & Waldenström 2007).

En avslappnad, kunnig och professionell attityd från barnmorskan är viktig för att föräldrarna ska känna att de klarar ansvaret att ta hand om sitt barn. En annan faktor för att känna sig nöjd med vårdtiden är att känna att man har självbestämmande. Delaktighet och samhörighet för partnern och syskon under vårdtiden är också viktigt för att känna sig nöjd med vårdtiden (Persson & Dykes 2002).

Vård på BB-hotell beskrivs i en studie av Persson & Dykes (2002) som opersonlig, isolerande och att det var en opassande miljö för en nyfött barn. Denna typ av vårdform erbjuder inte tillräckligt stöd för förstföderskor och uppfattas som vård för omföderskor.

Kontinuitet i vårdkedjan

Med begreppet kontinuitet menas i detta sammanhang, en upplevelse av att de vårdinsatser man mottar är sammanhängande och anslutna till varandra. Patienten upplever att vårdgivarna i vårdkedjan har kunskap om dennes historia, en gemensam vårdplan samt att patienten vet vem som kommer vårda henne framöver (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry 2003). Vårdkedjan kan definieras som sammanlänkade aktiviteter som inkluderar alla vårdinstanser som servar en specifik patientgrupp med syftet att bedriva hög kvalificerad vård för patienten (Åhgren 2003). Flera professioner är involverade kring den nya familjen, det som ofta kallas vårdkedjan. Under graviditeten möter den gravida kvinnan en barnmorska på

mödrahälsovården. Efter förlossningen vårdas kvinnan och barnet på eftervårdsavdelning (Barimani 2012). Att när som helst kunna kontakta någon på BB-avdelningen ger en känsla av trygghet för föräldrarna i en studie av Persson & Dykes (2002). Alla vårdinstanser kring kvinnan första tiden efter barnets födelse är viktig för hennes känsla av stöd och kontinuitet. Tidigare studier visar att kvinnor inte känner sig nöjda med den vård och det stöd som de får postpartum (Hildingsson & Sandin-Bojö 2011; Hildingsson 2007; Rudman & Waldenström 2007). Många olika faktorer kan spela in, korta vårdtider, vilket stöd man får av vårdpersonal samt hur man upplever att barnet blivit omhändertaget av vårdpersonalen (Hildingsson & Sandin-Bojö 2011). Tidig hemgång förutsätter att nödvändiga säkerhetskrav tillgodoses och att det finns effektiva system för uppföljning samt stöd till mödrar och barn efter utskrivningen. Detta innebär bland annat en väl fungerande vårdkedja före, i anslutning till och efter förlossning vilket uppnås genom ett nära samarbete mellan mödravård, förlossningsklinik och barnhälsovård (Socialstyrelsen 2005). I Uppsala introducerades hembesök av barnmorskor i anslutning till tidig hemgång 1990. Kvinnorna blev erbjudna att gå på tidig hemgång sex till tolv timmar efter barnets födelse, men de hade också fått information om tidig hemgång med hembesök redan på mödravården. Barnmorskan som kom vid hembesöken använde sig av en check-lista för att inhämta information om kvinnan och barnets hälsa. Barnmorskan gav den nya familjen omvårdnad och stöd men utförde också medicinska kontroller. Av de 102 kvinnor som deltog var 94 procent nöjda med att gå på tidig hemgång. De som var missnöjda med vårdkonceptet uppgav att de var trötta efter hemkomsten, kände sig osäkra, hade frågor om syskon och hade behövt mer stöd från sjukhuspersonal. Kvinnorna uppgav att de fick en positiv upplevelse genom att partnern och syskon fick lära känna det nya barnet snabbare och var mer involverade i omvårdnaden (Darj & Stålnacke 2000).

Även Persson & Dykes (2002) beskriver föräldrars positiva upplevelse av tidig hemgång där föräldrarna får hembesök av en barnmorska i hemmet. Föräldrarna upplever denna service och möjlighet som positiv. Att man får välja hur många besök och att det är frivilligt styrker den positiva upplevelsen.

Föräldrastöd

“Föräldrastöd ska erbjudas alla nyblivna föräldrar och ska utformas efter båda föräldrarnas behov och genomförs av ett genusperspektiv.” (Petersson, Collberg & Toomingas 2008).

Föräldrastöd har alltid ingått i barnmorskans arbete och beskrivs redan på 1840-talet i barnmorskereglementet (Petersson, Collberg & Toomingas 2008). Vårdpersonal kring den nya familjen har en viktig uppgift i att stödja interaktionen mellan föräldrarna och det nyfödda barnet (Faxelid & Ellberg 2009). Första tiden efter förlossningen ska föräldrarna få lära känna och ta till sig barnet i sin egen takt, att få känna tilltro till den egna förmågan genom stöd från vårdpersonalen (Ellberg 2009). Föräldrastödsinsatser har utformats utifrån samhällets och föräldrars behov. Målsättningen med mödrahälsovårdens föräldrastöd är att främja barns hälsa och utveckling och att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet. Föräldrastöd ges aktivt i form av utbildningar för föräldrar på MVC och BVC (Petersson, Collberg & Toomingas 2008). MHVs och BVCs föräldrastödsarbete sker genom fortlöpande enskilda möten med föräldrar, föräldragrupper samt genom samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter. Genom att öka kunskapen när det gäller den fysiska, psykiska och sociala omställningen under graviditeten, barns utveckling och behov, relationer mellan föräldrar och barn samt föräldrar emellan, vill man stärka föräldrar i sitt föräldraskap (Föräldrastödsutredningen 2009). Föräldrastödsgrupper erbjuds på MVC och BVC för alla blivande eller nyblivna föräldrar. Delaktighet i vården under graviditeten ger starkare trygghetskänslor för föräldrarna efter barnets födelse. Kvinnor upplever också starkare trygghetskänsla om partnern har varit delaktig under graviditeten (Persson & Dykes 2009). Föräldrarna är experter på sina barn och i första hand ska barn och föräldrars behov styra innehållet i det stöd som samhället organiserar (Föräldrastödsutredningen 2009). I den rapport som Föräldrastödsutredningen (2009) la fram, framgår bland annat vikten av samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvård när det gäller att stödja föräldrar i sitt föräldraskap. Man tar upp fördelarna med att stimulera till samverkan och stödgrupper för blivande samt nyblivna föräldrar inom ramen för verksamheterna på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. Att tidigt erbjuda föräldrastöd ger samhällsekonomiska vinster men framförallt vinster i välmåendet och minskat psykiskt lidande för barn och deras familjer. En god trygg relation under de första åren ger ett skydd mot framtida påfrestningar. Att bli stärkt i sitt föräldraskap är viktigt för hur

det framtida familjelivet kommer att fungera (Föräldrastödsutredningen 2009). Uppmärksamhet gentemot båda föräldrarna samt diskussioner kring föräldraskapet under graviditeten stärker föräldrarnas känsla av delaktighet och trygghet efter barnets födelse (Persson & Dykes 2009).

Information

Det har gjorts få studier som beskriver den information som ges till nyblivna föräldrar. För många föräldrar är tiden efter förlossningen känslomässigt omvälvande. Enligt Ellberg (2009) bör nyblivna föräldrar erbjudas ett postpartum- samtal innan de lämnar sjukhuset. I ett postpartum- samtal går man igenom förlossningen och ger föräldrarna information om vad man bör tänka på, den första tiden efter barnets födelse. Det ges också möjlighet för föräldrarna att ställa frågor och på så sätt bearbeta sina upplevelser av förlossningen. Personalen bör under BB-tiden ha en undervisande roll och låta föräldrarna gemensamt ta hand om barnet. Partnern bör involveras så snart som möjligt i barnets omvårdnad (Faxelid & Ellberg 2009).

Få förstföderskor känner sig förberedda på de psykiska och fysiska förändringar som föräldraskapet innebär, detta finner Barnes, Pratt, Finlayson, Courtney, Pitt & Knight (2008) i sin studie. De områden där kvinnorna har störst behov av information är amning (Martell, Imle, Horwitz & Wheeler, 1989; Barnes, Pratt, Finlayson, Courtney, Pitt & Knight 2008) sömnbrist hos dem själva, sömnproblem hos barnet, sin egen hälsa (Martell, Imle, Horwitz & Wheeler 1989; Barnes, Pratt, Finlayson, Courtney, Pitt & Knight 2008) livsstilsförändringar i och med föräldraskapet (Barnes, Pratt, Finlayson, Courtney, Pitt & Knight 2008) samt barnets hälsa (Martell, Imle, Horwitz & Wheeler 1989; Barnes, Pratt, Finlayson, Courtney, Pitt & Knight 2008). Att få denna information bidrar till att de känner sig trygga hemma efter att de har blivit utskrivna från BB (Martell, Imle, Horwitz & Wheeler 1989).

Alla nyblivna mödrar har behov av information av någon form. Vissa mer än andra, beroende på omständigheterna. Kvinnor beskriver i en studie att de vill ha så mycket information från vårdpersonal, så att de klarar av att sköta sitt barn och sig själv på rätt sätt efter förlossningen.

När kvinnorna ombeds beskriva vad som skulle hjälpa dem i den direkta postpartum-perioden, är information och undervisning en av de saker de efterfrågar (Emmanuel, Creedy & Fraser 2001). Även Hjälmhult & Lomborg (2012) finner att de nyblivna mödrarnas behov av information är stort. Att lyckas med amningen är viktigt för kvinnorna och därför söker man mycket information kring detta. Kvinnorna undrar bland annat hur man ska trösta ett barn som skriker mycket eller hur man bäst ska hålla barnet. En viss skillnad i behovet av information finns mellan förstagångsföderskor och omföderskor. Kvinnorna vill veta vart de ska vända sig om det uppstår akuta problem med barnet. De vill i förväg ha fått ett telefonnummer dit de kan ringa. Här är information från vårdgivare viktigare än information från internet. I studien finner man att tillgången på information från vårdpersonal till nyblivna mödrar är bristfällig och motsvarar inte kvinnornas behov av information.

Då kvinnornas vilja att klara av den nya situationen är stor, blir de ofta utmattade och tänjer sina gränser för vad de egentligen orkar. Detta som en direkt konsekvens av den bristfälliga tillgången på information i olika frågor rörande föräldraskapet. I en studie där man undersöker hur kvinnor från socioekonomiskt utsatt bakgrund får sin information om föräldraskapet och det nya barnet, finner man att den största källan till information är familj, vänner och anhöriga. Näst viktigast är information från tryckta media samt från vårdpersonal. Även i denna studie uppger kvinnorna att de inte får så mycket av sin information från internet (Berkule-Silberman, Dreyer, Huberman, Klass & Mendelsohn 2010).

Amningsstöd

WHO har antagit ett program för hur amning aktivt ska stödjas. Det viktigaste arbetet enligt WHO är att försöka ändra hela hälso- och sjukvårdspersonalens inställning till amning. Den uppmanar varje enhet som ger mödrahälsovård att ha en skriven amningstrategi som rutinmässigt delges all sjukvårdspersonal (Who/Unicef, 1989). Införandet av amningsvänligare vådrutiner och en ökad kunskap har förändrat vårdgivarens roll. Vårdpersonal har mer och mer övergått till ett pedagogiskt förhållningssätt från att ha varit experter på att undervisa och tillrättavisa. Det

mest framgångsrika är att lyssna, stödja och vägleda. Lyhördhet krävs inför varje ny familjs behov. Man utgår från att föräldrarna har en inneboende kunskap om hur barnet ska tas om hand, att det är de som är experterna (Svensson 2009).

Amning är ett av de områden kvinnor känner att de behöver mest stöd för innan de går hem från BB. Att amningen är etablerad och fungerar är en viktig faktor för att det ska kännas tryggt att lämna sjukhuset efter vårdtiden på BB (Forster, McLachlan, Rayner, Yelland, Gold & Rayner 2008). Kvinnor får ofta information om amning utav barnmorskor och söker gärna stöd hos vårdpersonalen i amningsfrågor. Dock är det vanligt att de nyblivna mödrarna känner en press från barnmorskan att fortsätta amma (Deave, Johnson & Ingram 2008). Det är viktigt att få expertråd, men det kan vara ännu viktigare att få råden under avslappnade former, inom ett förtroligt förhållande och individuellt anpassat utefter behoven. Det är inte alltid positivt att vårdpersonal har kompetens kring amning, vad vissa kvinnor ser som stöttande och hjälpfyllt kan av en annan ses som dömande och pressande. Motstridiga amningsråd kan upplevas som en bekräftelse på den tvivlande förmågan att amma och dessa kvinnor är mer benägna att sluta amma enligt Rudman & Waldenström (2007).

Bristfälligt amningsstöd består i för mycket fokus på övervakning, brist på respekt och förståelse för mammans egna val, och koncentrerades överdrivet på amningens fördelar. Känslor som skuld, press och anklagande beskrivs av kvinnor som väljer att ge modersmjölksersättning. Kvinnorna uttrycker en önskan om att de vill bli uppmuntrade istället för pressade (Rudman & Waldenström 2007).

Övergången till föräldraskapet- transition

Den process som det innebär att bära, föda och ha ett nyfött barn, kallas ibland transition (övergång). Begreppet innefattar tankar, strategier, upplevelser och behov hos den nyblivna föräldern och är en process som kan ta lång tid och kan sägas avslutas då den nyblivna föräldern återfått en känsla av kontroll över situationen. Förstföderskor är de som har störst behov av stöd i övergången till föräldraskapet (Darvill, Skirton & Farrand 2010). Det är vanligt att den nyblivna föräldern söker stöd på olika sätt för att klara denna övergång, bland annat hos anhöriga, familj,

vårdpersonal, litteratur eller internet (Darvill, Skirton & Farrand 2010; Deave, Johnson & Ingram 2008).

Nyblivna föräldrar beskriver ofta det nya föräldraskapet som omtumlande och fyllt av känslostormar man aldrig tidigare upplevt såsom känslorna och kärleken inför barnet, rädsla och oro samt upplevelsen av att relationen till ens partner förändras. Det kan ibland finnas en besvikelse hos föräldrarna att ingen talat med dem om dessa förändringar innan förlossningen. Många blivande föräldrar söker stöd i övergången till föräldraskapet från vårdpersonal med varierande tillfredsställelse. Kvinnor upplever ofta att vårdpersonalen inte inkluderar eller bjuder in deras partner till samtal eller undervisning om de förändringar man går igenom i och med det nya föräldraskapet (Deave, Johnson & Ingram 2008). Nyblivna föräldrar som söker stöd i övergången till föräldraskapet vill ha professionellt stöd kring alla de nya saker man ska lära sig, såsom amning och skötseln av barnet. Många kvinnor föredrar att den allra första övergången till föräldraskapet sker med hjälp av stöd från vårdpersonal på en eftervårdsavdelning. Det är där man känner sig tryggast (Forster et al. 2008).

Att bli förälder kan innebära förändringar i den egna kroppen, att man känner oro över barnet och att man får funderingar om hur man ska hantera första tiden hemma efter barnets födelse. Detta är något kvinnorna vill få kunskap om före förlossningen enligt Forster et al. (2008).

Problemformulering

Vårdtiderna efter förlossning i Sverige har minskat drastiskt under de senaste årtionden. I Stockholm vårdas kvinnan och barnet i genomsnitt en till två dagar efter födelsen. Efter hemgång tar barnhälsovården vid vården för barnets del. Att få sitt första barn eller en ny familjemedlem är en omvälvande händelse som föräldrarna kan behöva stöd i. Hur upplever föräldrarna stödet kring föräldraskapet från vårdpersonal tiden efter barnets födelse? Upplever de att kvalitén i den information som delges dem är tillräcklig för att känna sig trygga i sitt föräldraskap?

Syfte

Syftet med studien är att öka förståelsen för hur kvinnor upplever stöd och information från vårdpersonalen den närmaste tiden efter barnets födelse.

Metod

Design

Studiens design är av kvalitativ form. Semistrukturerade intervjuer med induktiv ansats genomfördes med nyblivna mödrar. Den induktiva ansatsen innebar att författarna inte hade några klart formulerade förutfattade meningar eller någon förförståelse för vad materialet skulle komma att ge i förhållande till problemformuleringen. Dock bör författarna vara medvetna om att de själva alltid på ett eller annat sätt är en del av materialet, i form av vilka frågor som ställs och inte, samt hur informanten upplever situationen tillräckligt bekväm för att öppna upp och berätta eller inte. En induktiv ansats innebär att man jobbar med materialet innifrån och ut och låter resultatet bildas eftersom att analysen pågår (Malterud 2009). Det induktiva tillvägagångssättet tenderar att låta data leda till begrepp (Robert 2013). Författarna genomförde fem intervjuer vardera, materialet bestod totalt av tio intervjuer med nyblivna mödrar. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Därefter togs meningsbärande enheter ut som kondenserades och därefter kodades. Koderna bildade subkategorier och kategorier som ledde fram till ett tema (Graneheim & Lundman 2004). Då författarna ville undersöka kvinnornas upplevelser av stöd och information i det nya föräldraskapet, passade semistrukturerade intervjuer bra. Intervjusituationen kan bli ett förtroligt samtal vilket gynnar förutsättningarna för att få fram det material som eftersöks (Malterud 2009).

Urval

Tio nyblivna mödrar rekryterades genom ett snöbollsurval via annons på ett socialt forum på internet, Facebook. Kriterierna för urvalet var att kvinnorna fött barn de senaste sex månaderna samt att de var tillgängliga i Stockholmsområdet. Både förstföderskor och omföderskor inkluderades. Av de tio kvinnor som uppfyllde inkluderingskriterierna och intervjuades, var sex förstföderskor och fyra omföderskor. Omföderskorna hade en paritet på mellan två till fyra barn. Av de tio kvinnorna hade nio genomgått en vaginal förlossning och en hade genomgått ett akut sectio. Totalt hade förlossningarna ägt rum på sex olika förlossningsenheter i Stockholmsområdet. Samtliga av kvinnorna ammade sina barn helt eller delvis.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer med tio nyblivna mödrar genomfördes max sex månader postpartum. Antalet informanter grundades på vad som rimligen kunde ge ett tillräckligt resultat men samtidigt hinnas med inom tidsramen för projektet. Då författarna ville undersöka kvinnornas upplevelser av stöd och information i det nya föräldraskapet, passade semistrukturerade intervjuer bra (Malterud 2009). En intervjuguide utformades (se bilaga 1) från en befintlig intervjuguide som ingår i den stora studie vilken denna studie ligger inom ramarna för. Intervjuguiden testades på två frivilliga personer utanför studien, detta syftar till att prova frågorna i intervjuguiden och kontrollera om tidsramarna är realistiska. Några av frågorna omformulerades för att tydliggöra karaktären med studien, och för att bli tydligare för informanten (Svensson & Starin 1996). Författarna diskuterade hur frågorna skulle framföras samt vilka följdfrågor som skulle kunna vara relevanta. Den kvalitativa intervjun kräver att intervjuaren utvecklar, anpassar och följer upp vad som kan vara ändamålsenligt för situationen och för det centrala syftet med undersökningen (Svensson & Starrin 1996). Författarna träffade informanterna i deras hem eller annan, av informanten vald plats. Före intervjuerna presenterade författarna det aktuella projektet med lite bakgrund även om det större projekt under vilken denna studie gjordes. Informanterna fick sedan en skriftlig information om projektet. Informanterna fick ställa frågor till författarna om eventuella funderingar kring studien. Ett samtyckesformulär skrevs på av samtliga informanter om godkännande att delta i studien (se bilaga 2) varefter intervjun påbörjades. Att spela in intervjuerna det vill säga rådatan med ljudupptagning, var nödvändigt för att kunna transkribera materialet korrekt. Intervjuerna utfördes på olika håll av de två författarna, detta för att spara tid. Att använda intervjuguide ökar chanserna att få ett mer likvärdigt material. Frågorna som ställdes var öppna och gav utrymme för informanten att uttrycka sig fritt inom de teman författarna efterfrågade.

Dataanalys

Den induktiva ansatsen innebar i stort att analysmaterialet fått leda fram till nya teorier och

förståelser. Man utgick helt från det material som uppstod eftersom. Den induktiva ansatsen gav oss möjlighet att utifrån en enskild upplevelse, förstå fenomenet mer generellt (Malterud 2009). Då vi ej hade någon vetskap om hur analysmaterialet skulle komma att se ut, passade en induktiv ansats för denna studie.

Det insamlade materialet transkriberades av författarna själva. Transkriptionen från ljudband innebar att allt det som sades under intervjutillfället fördes över till skriven form, text. Det är av stort värde om författarna själva gör detta arbete, eftersom det med större sannolikhet återges så korrekt som möjligt. Detta ökar validiteten hos studien och ger också en större möjlighet att i tid upptäcka svagheter i materialet (Malterud 2009). Vi genomförde samtliga intervjuer samt transkribering på egen hand. Den transkriberade texten lästes flera gånger av oss båda. Detta för att få en överblick, en känsla för innehållet. När materialets lästs så pass många gånger att man kunde skönja dess viktigaste innehåll i relation till problemformuleringen och syftet, kortades texten ned. Detta innebar att det för resultatet ovidkommande innehåll, rensades bort. Här hade vi ett ansvar att vara sanna mot sina informanter samt mot materialet i stort, att hålla sig till vad sant var i texten. En viss reduktion eller bortsortering i materialet var nödvändig för att komma åt kärnan i frågeställningen. Detta steg i forskningsprocessen kallas reduktion av råmaterialet (Malterud 2009).

Utifrån den kvarvarande texten plockades meningsbärande enheter ut. En meningsbärande enhet är en liten del av text som innehåller något som är relevant i förhållande till problemformuleringen och frågeställningarna, en bit av texten som har ett innehåll (Graneheim & Lundman 2004). Detta steg i innehållsanalysen gjordes av de båda författarna tillsammans, hela tiden med syftet i bakhuvudet. Det som fanns med i denna del av processen var hela tiden en medvetenhet hos författarna huruvida den aktuella delen av texten svarade på det man sökt svar på. Detta steg i analysen resulterade i att totalt 189 meningsbärande enheter plockades ut ur den reducerade texten. Då alla meningsbärande enheter plockats ut startade processen att kondensera dessa. Kondenseringen innebär att de meningsbärande enheterna omvandlades till korta textrader på en till två meningar där innehållet tydliggjordes. Efter detta kodades samtliga kondenseringar med ett par ord, där innehållet fortfarande kom fram men blev mer som en etikett av innehållet. Dessa koder var sammanslagna kondenseringar som talade om samma område. Denna process att

koda materialet var ett sätt att systematisera de kondenserade meningsbärande enheterna (Malterud 2009). Totalt kodades de 189 kondenserade meningsbärande enheterna i 20 olika koder.

De 20 olika koderna delades sedan in i subkategorier, totalt framkom sju olika subkategorier under vilka de olika koderna kunde sorteras in. Vilka subkategorier man väljer som författare hade i mångt och mycket att göra med det perspektiv och de frågeställningar författarna hade från början. En subkategori är en märkning av koder med liknande innehåll. Det sista steget i analysprocessen var att sätta in de sju subkategorierna i huvudkategorier, detta resulterade i tre huvudkategorier. Dessa tre huvudkategorier mynnade slutligen ut i ett för resultatet övergripande tema (Graneheim & Lundman 2004). Exempel på processen från meningsbärande enheter till tema kan ses i *bilaga 3*. Då materialet hade en sådan karaktär att tolkningar av det som informanterna sade sig ha upplevt kunde göras, valde författarna att anta en innehållsanalys av latent art. Detta innebär att det finns innehåll bakom de faktiska orden och att författarna i vissa fall valde att tolka in ytterligare aspekter i det som informanterna delgav (Graneheim & Lundman 2004). Då samma typ av bakomliggande meningar ofta återkom i informanternas upplevelser, var en latent dataanalys det som var mest fördelaktigt i analysprocessen för att få fram ett rikt resultat i förhållande till problemformuleringen. Att vi alltigenom analyserat och tolkat materialet höjer validiteten hos studien.

Etiska överväganden

Vi strävade efter att tillämpa ett objektiva förhållningssätt. Vi inhämtade muntligt och skriftligt samtycke från informanterna samt delade ut skriftlig information om studien. Att som informant berätta om upplevelser kring att bli förälder kan väcka känslor av eget tillkortakommande, detta var författarna medvetna om. Då rekryteringen av informanter gjordes via annons på facebook, kan i vissa fall personliga kopplingar till informanterna finnas, detta bortsåg vi från i intervjusituationen. Dock skulle det kunna ha betydelse för hur informanterna svarat på frågorna. En av farorna med att intervjua från intervjuarens perspektiv är lyssnandet själv. När intervjuaren lyssnar och reflekterar över personlig information från informanterna kan processen ta en oförutsedd vändning, det kan resultera i att man sårar respondenten oavsiktligt. Därför måste man

som forskare vara beredd på att erbjuda stöd om intervjun väcker överdriven stress eller psykologiska konsekvenser (DiCicco-Bloom & Crabtree 2006).

Ansökan till regionala etikprövningsnämnden i Stockholm har skrivits och godkänts (Dnr 2013/184-31). Samtyckesformulär utformades av oss och undertecknades av samtliga informanter som deltog i studien. Vi strävade efter att tillämpa ett objektivet förhållningssätt. Vi inhämtade muntligt och skriftligt samtycke från informanterna samt delade ut skriftlig information om studien. Intervjumaterialet avidentifierades och behandlades konfidentiellt. Det kommer att förvaras inlåst i brandsäkert skåp i minst tio år på Karolinska Institutet. Endast forskargruppen kommer ha tillgång till materialet.

Resultat

Att bli stärkt i föräldraskapet

Upplevelsen av det stöd och information man fått i och kring föräldraskapet var något som återkom i kvinnornas berättelser. Det nya föräldraskapet väckte många för föräldrarna nya känslor och situationer de behövde stöd i. Av kvinnorna beskrevs stöd ifrån barnmorskor såväl som från undersköterskor, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor och lekmän (amningshjälpen).

Nedan visas de subkategorier, kategorier och det tema som framkom av resultatet. Resultatet redovisas i de olika kategorierna under respektive subkategori.

Subkategori	Kategori	Tema
Bekräftelse från vårdpersonal	Upplevelse av stöd	Att bli stärkt i föräldraskapet
Brist på bekräftelse från vårdpersonal		
Amningsstöd		
Tydlig information	Upplevelse av information	
Otydlig information		
Kontinuitet som stöd	Upplevelse av kontinuitet	
Avsaknad av kontinuitet		

Upplevelse av stöd

Att bli sedd och bemött med respekt gav kvinnorna förtroende för vårdpersonalen.

Bekräftelse från vårdpersonal

Kvinnorna upplevde att de fick stöd och bekräftelse när vårdpersonalen gav dem beröm och uppmuntran. Det skilde sig en del i fråga om hur man upplevt att man fått stöd i olika frågor relaterade till föräldraskapet, och från vem man fått det. Stort fokus låg på stöd kring amningsrelaterade frågor, men även saker som den egna kroppen, relationen till sin partner och barnets hälsa i övrigt var områden där kvinnorna efterfrågat stöd. Samtliga av de kvinnor som intervjuades upplevde att det var skönt och kändes bra att bli bekräftad i sin nya roll som förälder från vårdpersonalen. Situationer där detta upplevdes kunde handla om allt från att man fick beröm för en fungerande amning till att någon bekräftade att man hade det jobbigt med att barnet skrek mycket. Det upplevdes som en lättnad för kvinnorna när någon såg och förstod hur de kände sig, vad som fungerade och vad som eventuellt var problematiskt. I de fall där kvinnorna berättade om upplevelsen av bekräftelse i det egna välbefinnandet har det uteslutande handlat om stöd från BVC-sköterskor.

“...och man känner att visst det är han som är i fokus men de frågar ändå hur jag mår och hur jag upplever allt och sådär, så det tycker jag känns jättebra.” Kvinna 31 år, första barnet.

Andra kvinnor berättade om vårdpersonal som verkligen bekräftat dem i deras välmående och varit ett stort stöd för dem och deras familj. En kvinna beskrev att vårdpersonal på BVC hade gett stöd till både henne och partnern då hon mådde psykiskt dåligt. Att vårdpersonal tog sig tid, lyssnade och hade ett pedagogiskt tillvägagångssätt var viktigt för kvinnorna. Likaså att de visade respekt för kvinnornas integritet och självbestämmande.

”Det var hon som visade också hur man skulle mata honom också med koppa honom och så. Så hon var väldigt bra och hon tog sig tid också fast de hade mycket att göra.”

Kvinna 29 år, första barnet.

Brist på bekräftelse från vårdpersonal

I de fall där kvinnorna saknade förtroende för vårdpersonalen eller kände att vårdpersonalen

saknade kunskap, hade man ofta vänt sig till anhöriga för stöd. Det kunde gälla frågor kring barnet eller den egna kroppen men även hur man mådde rent känslomässigt. När vårdpersonal var oförmögen att se kvinnans behov upplevdes det som lättare att vända sig till någon i sin närhet, där man kände sig bekräftad och kunde få stöd. Det fanns en önskan hos kvinnorna att vårdpersonalen skulle vara mer inkännande och kunna öppna upp för samtal kring känsliga frågor. Det gällde då ofta de kvinnor som mått psykiskt dåligt, varit nedstämda efter förlossningen eller på annat sätt haft det jobbigt efter barnets nedkomst och behövt stöd.

Brist i stöd i föräldraskapet upplevdes när vårdpersonalen inte uppmärksammat hur kvinnan mådde eller när mötet med vårdpersonalen känts opersonligt och kortfattat.

“Så det har varit jag vet inte vad man ska prata om men det har liksom inte varit så mycket frågor kring hur det går liksom hemma eller hur det är med henne så allmänt, mer bara så okej nu... nu är vi klara med det ja så nästa...lite så där löpande band-känsla har jag fått ibland.”

Kvinna 31 år, första barnet.

Ofta hade kvinnorna fått det stöd de efterfrågade, men ibland hade de mötts av en ovilja att få sina behov bemötta och tillfredsställda. En kvinna beskrev oro över sitt operationssår efter kejsarsnitt, vilket hon bett om att någon vårdpersonal skulle titta på. Detta hade dock nekats henne.

“Ja jag bad flera gånger. Dels på utskrivningsdagen från BB bad jag flera gånger att dom skulle titta på det men det ville de inte för det hade dom inte tid med verkade det som, dom sa att det var rutin att det skulle sitta kvar eh... att du kunde ta bort förbandet själv...”

Kvinna 26 år, första barnet.

Att inte bli tagen på allvar var en annan upplevelse som beskrevs av en kvinna då en vårdpersonal inte hade lyssnat på henne och tillmatat hennes barn mot hennes vilja, trots att hon sa att barnet nyss hade ätit och var mätt.

“Men hon trodde inte på mig så hon skulle koppa honom själv, så fick hon göra det då och han ville ju inte äta i alla fall. Då sa hon såhär: ja han är nog mätt ja det var det jag sa.” Kvinna 29år, första barnet.

Det beskrevs också att vårdpersonalen antog att man inte behövde lika mycket stöd om det inte var det första barnet man fött. En kvinna beskriver att hon inte fått ett adekvat utskrivningssamtal och upplevde att hon istället fått ett stort antal broschyrer som kompensation för detta. Det fanns även en uppfattning om att om vårdpersonalen tyckte att om allt flöt på BB, så fick man inte lika mycket stöd, oavsett om upplevelsen hos kvinnan överensstämde med detta eller ej.

Omfödernerna beskrev också att det förväntades av dem att klara sig mer själva eftersom de redan tagit hand om ett barn förut. En kvinna beskrev att hon bett om hjälp av vårdpersonal som inte hade bekräftat kvinnans känslor utan undvek att tala om problemet vilket ledde till att kvinnan kände sig sviken.

“Jag minns att jag frågade henne om det liksom, att jag kände mig jätte deppig och ska det vara såhär o hon normaliserade det och sa att, nej men det är vanligt och det var som att hon inte vill prata mer om det fast jag egentligen hade behov av det.” Kvinna 32år, första barnet.

Kvinnorna upplevde att deras partner inte fått stöd i föräldrarollen, att de inte ansågs vara kapabla att ta hand om sitt barn, eller att ingen brydde sig om partnern. Detta gällde ofta praktiska saker i skötseln av barnet, exempelvis hur man skulle koppmata barnet eller byta blöjor.

”Kanske involverat honom mer. Kanske eh... pratat kring det hela på ett annat sätt så att det inte blev så mycket mamma barn liksom bara utan att det är vi som familj på något vis som gör det här och inte misstro papporna så mycket för att dom inte kan så att säga.”

Kvinna 31år, första barnet.

Kvinnorna upplevde att de förväntades ta ett större ansvar för barnet än vad deras partner

förväntades göra. Det resulterade i att kvinnan var den som förväntades involvera sin partner, snarare än att vårdpersonalen gjorde det. En kvinna beskrev att hon fick ta på sig rollen att involvera sin partner i barnets omvårdnad då vårdpersonalen endast visade henne hur koppmatningen skulle gå till. Kvinnan uppfattade det som att vårdpersonalen misstrodde partnern.

Amningsstöd

När det gäller amning skilde sig upplevelsen av stöd mellan kvinnorna. De kvinnor som upplevde att de fått ett tillfredställande stöd i denna fråga, hade kunnat ställa frågor till personalen och de upplevde att det fanns tid att få stöd att komma igång med amningen. Detta gällde framförallt på BB samt återbesöks-mottagningarna som var kopplade till BB. De kvinnor som var nöjda med amningsstödet hade upplevt att deras frågor och eventuella oro blivit tagen på allvar. Många av de kvinnor som var förstföderskor behövde mycket stöd kring amningen då detta var en helt ny upplevelse för dem. Men även kvinnor som var omföderskor hade ett stort behov av amningsstöd, då ofta på grund av tidigare dåliga erfarenheter av amning eller tidigare amningsproblem.

“ ...och det gjorde att jag nog slappnade av lite och behövde inte tänka att jag måste hel amma hur länge som helst, utan det är upp till mig och det är jag som bestämmer och det känns jätteskönt.” Kvinna 33 år, fjärde barnet.

De som upplevde att de fått eller blivit erbjudna amningsstöd upplevde detta som positivt i stort. En kvinna beskrev att amningsstödet på BB hade delgivits henne med respekt för hennes eget självbestämmande och hennes kropp, något som hon uppskattade mycket.

“Då gjorde jag det och sen så var det som att de coachade mig under tiden jag ammade och sa hur jag skulle göra och det var inte så att de lade sig i liksom med händer och skulle visa utan de sa såhär, ja men prova, och så visade de på sig själva och så lät de mig göra samma sak med min kropp liksom och med honom.” Kvinna 32 år, första barnet.

En kvinna beskrev att personalen på BB tagit i hennes bröst för att försöka få barnet att ta rätt tag om bröstet, detta upplevdes som stressande. Det som upplevdes som otillfredsställande när det gällde amningsstöd var tidsbrist, oförmåga att komma fram till en bra lösning om problem uppstod samt oklarheter vid eventuell tillmatning. Olika råd och strategier från vårdpersonal uppfattades som förvirrande. Det upplevdes som att stödet kring amning från BVC varit obefintligt eller knapphändigt. En av kvinnorna upplevde att hon fått omfattande stöd kring amning av BVC-sköterskan. När det gällde amning var amningshjälpen flitigt använd utav kvinnorna. Hos amningshjälpen kunde de få hjälp och stöd kring amningen utav lekmän, andra kvinnor med erfarenhet av amning.

Upplevelse av information

Det sätt man informerats på och huruvida informationen känts tydlig eller otydlig var det som beskrevs av kvinnorna.

Tydlig information

De kvinnor som kände sig tillfreds med det sätt de fått information på, beskrev ofta att informationen framförts på ett tydligt sätt, av vårdpersonal som haft tid att svara på följdfrågor samt varit öppna för de frågor som väcktes under tiden samtalet pågick. Att få skriftlig information sågs som mycket positivt, även om man önskade det som ett komplement till muntlig information. Det tillfälle som kvinnorna uppgav som mest informativt var utskrivningssamtalet från BB-avdelningen samt återbesök på BB-avdelning eller BB-mottagning. Samtidigt uteblev ibland utskrivningssamtalet, oftast beskrivet i samband med tidsbrist hos personalen eller en upplevelse av att vårdpersonalen inte tyckte att det var nödvändigt. Den information som kvinnorna mest efterfrågade var information om vart de kunde vända sig om något problem skulle uppstå med barnet eller med dem själva.

“Det sa de ju på BB innan vi åkte, då sa de ja men vi, du är vår en vecka så är det någonting du undrar över så kontaktar du oss, efter en vecka så är det BVC du kontaktar ifall det är någonting, så det tycker jag, det var de väldigt tydliga med.” Kvinna 31 år, första barnet.

Vidare var tydlig information om barnets uppfödning, sömn samt förändringar i den vuxna relationen mellan sig själv och sin partner, efterfrågat av kvinnorna. Störst behov av information hade förstföderskorna. De kvinnor som var omföderskor hade inte lika stort behov av grundläggande information kring dessa frågor. Kvinnorna beskrev att de fått tydlig information om det basala kring barnet samt råd för sitt eget välmående vilket uppfattades som mycket positivt. De omföderskorna som kände stort behov av information var de som tidigare haft amningsrelaterade problem, som de nu var rädda skulle upprepas. Dessa kvinnor ville ha mycket information och kunskap kring amning och de hade ofta även sökt denna kunskap på egen hand genom böcker eller internet. Tydlig information uppfattades som att få svar på de frågor man hade, att det fanns tid att besvara dem och att vårdpersonalen var kunnig.

“Det innebär nog att man kan få svar på de frågor man har, som sagt det är första barnet och det är ganska mycket, det är mycket om hans beteende och ehm hur man ska göra man kanske få råd med hur de ska sova, han till exempel vill ju inte sova själv, han vill gärna sova såhär, eh gärna hela tiden, men att man kan få lite råd och tips på hur man kan göra eh och samma sak, han vill inte riktigt ta nappen, och då har i fått lite råd och tips hur man kan göra med det.”

Kvinna 31 år, första

Otydlig information

Orsaker som tidsbrist, kunskapsbrist hos vårdpersonalen, uteblivet eller ostrukturerat utskrivningssamtal gjorde att kvinnorna upplevde att den information som tilldelats dem var otydlig eller otillräcklig. I det fall en kvinna hade upplevt att personalen inte var tillräckligt kunnig kring de frågor hon hade, hade hon istället själv fått söka reda på den information hon behövde på egen hand.

“... nej, för då kände jag att ok, då får jag försöka googla och jag får försöka ta reda på det här själv för att hon... liksom, kunde inte ge mig svaren.” Kvinna 33 år, fjärde barnet.

Det fanns upplevelser av att ha fått överflödig information, främst om man hade barn sedan tidigare. De trodde själva att detta kunde bero på brist på förtroende för kvinnans förmåga eller

brist på lyhördhet från vårdpersonalens sida. Det fanns också en uppfattning om att vårdpersonalen gav den information som ålagts dem, för att försäkra sig själva om att de gjorde sitt arbete. En av kvinnorna fick samma information flera gånger trots att hon påtalat det för den vårdpersonal som gav informationen. Kvinnorna upplevde att personalen involverat deras partner för lite vid tillfället då informationen delgavs dem. Vårdpersonalen riktade sig enbart till kvinnan. Upplevelsen kring det var att om båda hade delgivits informationen hade det varit större chans att komma ihåg vad som sagts och tryggheten i att man inte blev ensam med ansvaret.

“Och han skulle nog kunna få mer, för som mamma kanske man glömmer bort saker och så då kan ju pappan vara väldigt bra, o kommer ihåg vad sa barnmorskan så att nej, barnmorskan skulle nog kunna på efter, asså på bb kunna prata mer till pappan för att se till att båda får information.” Kvinna 33år, tredje barnet.

Kvinnorna tyckte att det var lätt att hitta information via internet. Alla beskrev att de sökt information om olika saker relaterat till föräldraskapet via olika forum och sökmotorer, framförallt då Google. Kvinnorna beskrev också att det var svårt att lita på att den information man får genom breda sökningar på internet. Enligt kvinnorna var det tvunget att man kunde sälla bland den information man hittat, använda sitt sunda förnuft.

Många av kvinnorna hade fått rådet från sin mödravårdsbarnmorska att inte googla eller leta information på internet-forum, utan att använda sig av vårdguiden samt 1177 på internet för att få tillförlitlig information. Kvinnorna hade googlat fram information om olika saker, dock var de medvetna om vikten av att vara källkritisk till den information som hittades. Internet var också ett sätt att kunna ta del av andras upplevelser på forum och få information och stöd i det. Övriga vägar till tillförlitlig information som nämndes var att ringa till något av vårdguiden, BB eller BVC. Kvinnorna hade fått mycket skriftlig information, både från BB och från BVC. Antingen tyckte man att det var tydligt och mycket positivt eller så tyckte man att det blev alldeles för mycket skriftlig information. Det kunde upplevas som att vårdpersonalen gav ut böcker och broschyrer för att vara säkra på att all information hade givits och att på det sättet ha ryggen fri. En av kvinnorna beskrev att hon fått en bunt med papper från BVC som tog upp allvarliga ämnen som plötslig spädbarnsdöd och shaken baby syndrome, utan att få något samtal kring det som stod i dessa broschyrer. En annan av kvinnorna upplevde att den skriftliga informationen ersatte

ett ordentligt utskrivningssamtal och att hon inte orkade läsa igenom all den information som gavs.

“Det kändes som att det var det som ersatte det här utskrivningssamtalet... här får du en bunt papper att läsa.” Kvinna 26 år, första barnet.

Upplevelse av kontinuitet

Kvinnorna upplevde genomgående att kontinuitet ger känsla av stöd.

Kontinuitet som stöd

Vikten av att känna sig trygg innan man gick hem ifrån BB var central för kvinnorna. Det som de flesta la fokus på var att amningen eller tillmatningen skulle fungera och att man kunde grunderna i hur barnet skulle skötas. Men något som också återkom ofta var vetskapen om vart man skulle vända sig om man behövde hjälp eller stöd.

“Att man känner sig så pass trygg när man åker hem att man vågar sköta om sin bebis, känna att man klarar det. Att man klarar att sköta om sin bebis som man ska ta med sig hem. Och inte känna att man behöver mera, hjälp.” Kvinna 33 år, tredje barnet.

De som upplevde att de hade en god kontakt med BVC-sköterskan beskrev att de alltid träffade samma person när de kom på kontroller till BVC. Man upplevde det också som väldigt positivt när det fanns tid att samtala om olika frågor som kommit upp när det gällde frågor rörande föräldraskapet. Det fanns beskrivningar av BVC-sköterskor som verkligen tagit sig tid till kvinnan, barnet och även partnern, och haft förmågan att ge stöd ibland utanför det som de egentligen var ålagda att göra. Att träffa samma person på besöken på BVC var viktigt och gav en trygghet. En kvinna hade fått hembesök kontinuerligt under de första månaderna postpartum, för att hon skulle slippa ta sig iväg med sin lilla bebis samt de andra barn hon hade. I det fallet var detta något som hon erbjudits av BVC-sköterskan utan att ha behövt fråga efter det. Kvinnan upplevde detta vara till oerhört stor hjälp för henne och hennes familj och kände sig sedd och väl bemött från BVC. En kvinna beskrev att BVC uppmuntrade till att hennes partner skulle vara

med vid det första hembesöket samt, i den mån det var möjligt, även vid senare kontroller på BVC. Kvinnan upplevde detta som mycket positivt att hennes partner blev involverad från början vid information kring barnets och familjens hälsa. Även denna kvinna träffade kontinuerligt samma person vid varje besök på BVC.

Då kvinnorna beskrev en positiv upplevelse av kontinuitet på BVC, handlade det främst om att man hade en och samma BVC-sköterska vid varje besök samt att denna sköterska var en person man kände förtroende för och att man kunde fråga om allt man undrade.

“Så man känner att man har något slags bollplank, å kan bolla med hela tiden, eh, och att man känner att man får bra svar och man känner inte att man frågar några dumma grejer utan man vet att på BVC då finns någon där och de är ju till för de frågorna jag har.” Kvinna 31 år, första barnet.

Ett viktigt led i upplevelsen av stöd i föräldraskapet hos kvinnorna var känslan av tillgänglighet och stöd. Man upplevde att vårdpersonalen inte hade tid, var stressade och upptagna när man behövde hjälp. Att vårdpersonalen var tillgänglig eller visade att de fanns där och hade tid, gav en trygghet. Många upplevde att det var väldigt positivt om de visste att det fanns någonstans dit de kunde ringa under dygnets alla timmar. När frågor om barnet, amning eller den egna hälsan kom upp, var det ofta plötsligt och kunde ske när som helst under dygnet. Många av kvinnorna hade vänt sig till den BB-avdelning de varit inlagda på, den närmaste tiden efter barnets födelse. Andra valde att ringa till BVC eller vårdguiden. Kvinnorna beskrev det som viktigt att veta vart de skulle vända sig och att det fanns hjälp att få dygnet runt.

“Precis ja men det är den känslan jag fick ändå och att det finns alltid hjälp att få om det inte skulle funka, så kan du alltid ringa hit. Du får jättegärna ringa till BB så dom eller så ringer du amningshjälpen, finns också här.” Kvinna 31 år, första barnet.

Kvinnorna beskrev på många olika sätt att tillgängligheten av amningsstöd direkt efter hemgång från BB var deras största behov, där beskrevs efterfrågan på tillgänglighet vara som allra störst.

Men även behov av att veta vart man kunde få stöd kring sin egen hälsa, både fysiskt och mentalt.

Avsaknad av kontinuitet

Glappet som uppstod i vårdkedjan efter hemgång från BB kunde vara problematiskt. De gånger osäkerhet eller otillfredsställelse upplevdes, handlade det om att kvinnan hade frågor angående den egna kroppen efter förlossningen med fokus på läkning av suturer eller operationssår. Det beskrevs att tiden från att man kommit hem från BB till dess att man kom på återbesök till sin barnmorska på MVC (cirka sex till åtta veckor postpartum), kändes lång. De kvinnor som fått lite större vaginala bristningar under förlossningen som behövts sutureras mer omfattande, kände en oro över att läkningen inte skulle bli bra. Tankar om hur underlivet borde kännas och se ut efter förlossningen var vanliga och för en del av kvinnorna hade de ingen att prata med detta om förrän på efterkontrollen på MVC.

“Efterkontrollen är liksom så sex, ja det är väl sex åtta veckor efter va. Det är ganska långt emellan så man undrar ju liksom om det, allt läker som det ska och såna saker.” Kvinna 29 år, första barnet.

Det fanns en känsla av att tryggheten på något sätt tog slut eller minskade så snart man kommit hem från BB. Man upplevde att man haft mycket vårdpersonal omkring sig som man kunde fråga saker man undrade över eller få hjälp och stöd med barnet när det gällde skötsel, amning och tillmatning. En känsla av att bli lämnad ensam med uppgifter man aldrig tidigare behövt utföra eller reflekterat över kunde upplevas av förstföderskorna som överväldigande. Helt plötsligt hade man en liten människa man skulle ta hem och förväntades klara av att sköta om. Trots att det ibland beskrevs missnöje med stödet på BB, verkade BB ändå utgöra en stor trygghet för kvinnorna. En av förstföderskorna beskrev detta som att något “tog slut” när man kom hem med barnet. Med detta avsåg hon att den tryggheten som hon upplevt på BB, plötsligt rycktes bort vid hemgången. En kvinna beskrev att tryggheten från BB plötsligt försvann när hon kom hem, från att ha haft all vårdpersonal omkring sig till ett tomrum hemma.

En av kvinnorna hade mått mycket dåligt under en tid kort efter förlossningen och försökt prata med sin BVC-sköterska om detta. Det bemötande hon fick då var att det inte var något att oroa sig för och att det var normalt att känna sig lite nedstämd. Då kvinnan successivt mådde sämre och sämre, blev det svårt att ta upp detta med BVC-sköterskan igen eftersom kvinnan kände det som att BVC-sköterskan tidigare bagatelliserat situationen. Någon uppföljning av kvinnans mående gjordes inte heller, trots att det utlovats.

“Man vill ju inte vara till besvär och sen kände jag att hon hade markerat till mig att men det här är normalt och då kände inte jag att jag kunde, även om det på sätt och vis var väldigt jobbigt och kändes värre och värre i kanske två tre veckor, så kände jag att nu ska jag stå ut här för att hon sa att ju att det ska gå över. Så där tycker jag att det var lite dubbla budskap på något sätt om du förstår hur jag menar?” Kvinna 32 år, första barnet.

Det fanns ibland även oklarheter kring hur eller vem man skulle kontakta efter det att man lämnat BB-avdelningen. De olika BVC verkade ha olika rutiner kring detta. Några kontaktade själva de nyförlösta kvinnorna i det aktuella upptagningsområdet, medan andra mottagningar överlät det till kvinnorna själva att ta första kontakten. Oklarheter kring detta skapade oro. De flesta förstföderskorna kände inte till verksamheten på BVC, utan tog reda på hur det fungerade först efter det barnet var fött.

Resultatdiskussion

De viktigaste fynden i denna studie är att kvinnorna upplevde brist i känslan av stöd, tydlig information och brist i kontinuitet. Det framkom också att kvinnorna kände ett stort behov av amningsstöd och önskat utökat stöd för partnerns del tiden efter barnets födelse för att få det stöd i föräldraskapet de efterfrågade.

Behov av kontinuitet

Kontinuitet ger känsla av stöd. Att veta vem som tar vid när man lämnar BB, eller att man vet

vart man ska vända sig är mycket viktigt för kvinnorna. Bristande samarbete mellan de olika vårdinstanserna (BB, BVC, MVC) får den nyblivna mamman att känna sig vilse inför vart hon ska vända sig för att få hjälp och stöd. Man vet lite om vart mödrar vänder sig för att lösa problem relaterade till barnafödande efter att ha blivit utskrivna från sjukhuset. Barimani et al. (2014) ser att så mycket som 17 procent av nyblivna mödrar söker akut vård, relaterat till förlossningen de närmaste två veckorna postpartum. I studien deltog 362 respondenter. Kvinnor som gör akuta sjukvårdsbesök är mindre nöjda med det professionella stödet men har också oftare haft komplicerade förlossningar.

Brist på kontinuitet uppstår när kvinnorna inte vet vart de ska vända sig och när de kommer hem från BB och upplever att stödet upphör. Om man snabbt får besök från BVC eller har en naturlig övergång mellan BB, återbesöksmottagning och BVC har man en större upplevelse av kontinuitet. Längden på vårdtiden är inget som efterfrågats av författarna under intervjuerna, i flera intervjuer kommer det likväl fram att kvinnorna gått hem tidigt. Tidig hemgång minst sex timmar efter förlossning är det alternativ som ges till traditionell BB-vård, däremot erbjuds i dagsläget ingen hemvård eller kontinuerliga återbesök i Stockholm för den som går på tidig hemgång. Darj & Stålnacke (2000) beskriver hur kontinuiteten på ett säkert sätt kan bibehållas efter att den nya familjen kommit hem från BB. I studien kommer författarna fram till att adekvat, välorganiserad och väl förberedd postpartumvård i hemmet, är av största vikt för att etablera en säker tidig hemgång. Vård efter tidig hemgång bedrivs på ett säkert sätt tack vare att barnmorskor kan vårda familjen i hemmet och det är mycket uppskattat av föräldrarna. Även Hildingsson (2007) finner att kvinnor som går på tidig hemgång och får ett eller två besök av barnmorskor efter hemkomsten är nöjda med tiden för hemgång och omvårdnaden. Gemensamt för studierna är att kvinnorna själva har fått bestämma när de ska gå hem. De blir även erbjudna fortsatt vård, kontinuitet. Varför man inte gör på detta sätt i Stockholm trots att man omfattande studie kan bero på brist på forskning eller ekonomiska anledningar. I de studier som nämns ovan ser man tydligt att kvinnor är mycket nöjda med att gå på tidig hemgång med eftervård i hemmet. Samtidig visar studier såsom denna att kvinnor ofta är missnöjda med vården på BB. Man bör utreda de ekonomiska aspekterna och se om det eventuellt kan finnas en likvärdig eller försvarbar anledning till att utveckla postpartumvården i Stockholm mot denna vårdform. Tidig hemgång är trots allt en uppskattad och positiv valmöjlighet- om det är självvalt. Rudman &

Waldenström (2007) Det är även enligt Barimani (2012) nödvändigt att se över hälsobesök och amningsstöd efter hemkomsten från sjukhuset. Samverkan mellan vårdinstanserna verkar vara en viktig del i att utveckla kontinuiteten i vårdkedjan.

Brist på kontinuitet uppstod också när vårdpersonalen var stressade eller inte hade tid att ge stöd åt kvinnorna. Tidsbrist eller att vårdpersonalen hade mycket att göra märktes, även om det aldrig uttalades. Detta styrks även av Rudman & Waldenström (2007) där kvinnor angav att personalens stress tydligt skapade en stressig atmosfär på vårdavdelningen. Att man träffade olika vårdpersonal hela tiden gav också lägre känsla av trygghet.

Vidare identifierar Barimani (2012) tre strategier för att uppnå sammanlänkningen i vårdkedjan för kontinuitet: överföring, upprättande och behållande av relation samt anpassning, dessa kategorier utgör basen för kärnkategorin "gemensamma handlingar". När personalen arbetar tillsammans enligt dessa strategier upplever kvinnorna kontinuitet. Det är också nödvändigt att se över hälsobesök och amningsstöd efter hemkomsten från sjukhuset. Samverkan mellan vårdinstanserna verkar vara en viktig del i att utveckla kontinuiteten i vårdkedjan (Barimani 2012). Olika typer av stöd från vårdinstanserna efterfrågas men uppmärksamhet kring det psykiska och emotionella välmåendet från alla vårdinstanser efterfrågas. Det är av stor vikt att en person med rätt kompetens kan identifiera kvinnor i riskzonen för att få en postpartumdepression eller att kunna bedöma vilka som är av större behov av psykisk och emotionellt stöd med också respektera de som inte vill ha utökade insatser. Mer stöd från BB-vården och fortsatt vård för alla nyblivna mödrar två veckor efter förlossningen, speciellt för de som har haft komplikationer under förlossning eller efterbördsskedet, skulle ge mer tillfredsställda mödrar och mindre press på akutvårdsavdelningarna enligt Barimani (2012).

Behov av tydlig information

Det är väldigt viktigt för kvinnorna att få bra och tydlig information kring frågor som rör föräldraskapet. Det beskrivs som stressande och skapar oro då man upplever att vårdpersonalen inte gett den information kvinnan tycker att hon behöver. Det efterfrågas ofta komplement till den muntliga informationen i form av skriftlig information. Dock upplevs det som otillfredsställande då vårdpersonalen ger för mycket skriftlig information eller ger skriftlig information utan vidare förklaring av dess innehåll.

Resultatet i denna studie överensstämmer i mycket med vad tidigare forskning gett angående nyblivna mödrars behov av information. Redan Martell et al. (1989) såg att tidig hemgång från BB ofta resulterar i att kvinnorna anser att de får för otydlig eller för lite information. Även vårdpersonal finner det svårt att hinna med att ge all nödvändig information innan kvinnan skrivs ut från BB. Man kommer fram till att det inte går att ge all information innan hemgång från BB, då kvinnan kan vara mycket trött, känslös och omtumlad av det nya föräldraskapet. Istället föreslår man att informationen bör ges över tid från vårdpersonal den närmaste tiden efter hemgång, när behovet uppstår. Trots att denna studie gjordes för drygt två decennier sedan, har inte mycket förändrats, möjligen är vårdtiderna kortare i dag än på åttiotalet. Mycket av det som författarna beskrev, ser man också i detta resultat. Hjälmhult & Lomborg (2012) finner i sin studie att nyblivna mödrar har stort behov av information postpartum för att klara av den första tiden hemma. Ämnen som amning och vad som är normalt och inte normalt hos barnet är det som kvinnor uppger som viktigast att få information om. Att veta vart man ska vända sig om någon akut situation uppstår är mycket viktigt för kvinnorna. Detta överensstämmer väl med vad kvinnorna beskriver i denna studie. Brist på information påverkar upplevelsen av vistelsen på BB-avdelning negativt enligt Hildingson (2007). Det tycks saknas väl fungerande tillvägagångssätt att ge information till nyblivna föräldrar idag samt att ge den på ett väl avvägt sätt. Med detta menas lagom mycket skriftlig information, adekvat information samt den information individen efterfrågar. Att få stöd i föräldraskapet innefattar även att få den information som behövs för att bli stärkt i sin föräldraroll.

Behov av amningsstöd

Att amningsstöd och upplevelsen kring amning är beroende av hur vårdpersonal agerat kring situationen står klart. Om vårdpersonalen har tid, ger enad information och har en utarbetad amningstrategi ökar chanserna för en lyckad amning. WHO: S tio steg till lyckad amning används flitigt runt om i världen och kan tolkas som en rekommendation för att på ett lyckat sätt ge stöd och kunskap till kvinnor som vill amma. Vårdavdelningar som bedriver postpartumvård bör ha en gemensam strategi för att på bästa sätt ge likvärdig information så att tydlighet uppnås. Kvinnorna i denna studie beskriver att det är förvirrande och otillfredsställande att få många olika amningstips, vilket styrks av McInnes & Chambers (2008); Rudman & Waldenström (2007).

I Sverige uppmuntras kvinnor flitigt till att amma. Ibland uppfattas uppmuntran som ett krav, en prestation eller ett tvång. För de kvinnor som har en önskan att amma sitt barn men stöter på problem, kan inte alltid sjukvården erbjuda den hjälp de behöver. Det är viktigt att man har någonstans att vända sig för att få hjälp med amning eller flaskmatning. Kvinnorna känner en press från vårdpersonalen att de bör amma och de skuldbeläggs ofta om de väljer ett annat uppfostringsätt för sitt barn. Att kvinnor känner press från vårdpersonal att amma finner även Deave, Johnson & Ingram (2008) i sin studie.

När inte vårdinsatserna räcker till, finns amningshjälpen. Till amningshjälpen har flera kvinnor vänt sig för att få stöd. Amningshjälpen är dock en ideell organisation som ligger utanför den statligt bekostade sjukvården. Man kan diskutera huruvida svensk sjukvård bör kunna bistå med amningsstöd till de kvinnor som söker det och hur väl man idag lyckas med detta.

Att stödja utifrån kvinnans egna förutsättningar, att coacha, inte handfast göra, att visa på sig själv, använda ett pedagogiskt tillvägagångssätt, respektera den egna kroppen är olika former av stöd som upplevs som positivt i den aktuella studien. Sluppmässigt föll det sig så att alla informanter ammar sina barn, det hade varit intressant att se utfallet för kvinnor som aktivt valt att inte amma. Stöd kring amning kan yttra sig på många olika sätt, respekt för självbestämmandet, tillgänglighet och engagemang är några av de faktorer som spelar stor roll för en lyckad interaktion mellan mamman och vårdpersonalen. I en studie av Rudman & Waldenström (2007) finner man att frågor och funderingar kring amning tar upp mycket tid hos de nyblivna mödrarna. Det upplevs som negativt om man inte får det amningsstöd man behöver eller om det ges på ett respektlöst sätt. Alltför många kvinnor upplever att de istället för att bli stöttade kring amningen snarare känner sig bevakade av vårdpersonalen. Det går inte att utesluta att övervakningen i själva verket är av omtanke och välvilja från vårdpersonalen som också har ett ansvar för både moderns och barnets hälsa.

Behov av stöd i övergången till föräldraskap.

Resultatet visar att övergången till föräldraskapet väcker mycket funderingar hos de nyblivna mödrarna. En viss skillnad i behovet av stöd i denna övergång ses mellan förstföderskor och omföderskor. Förstföderskorna beskriver att övergången till föräldraskapet är omvälvande och

svår att förbereda sig på. Omföderna och deras partner har erfarenhet av föräldraskap sedan tidigare och vet vad de ska förvänta sig på ett annat sätt, detta är även något som Forster et al. (2008) finner i sin studie. Hos förstföderna beskrivs en oro och rädsla inför att komma hem med en liten bebis och allt vad det innebär vad gäller förändringar och prioriteringar i livet. En sorg över att relationen till ens partner förändras ganska dramatiskt beskrivs. I den aktuella studien kan man skönja detta genom beskrivningar från framförallt förstföderna.

Dock verkar det som att upplevelsen av att vårdpersonalen inte inkluderar kvinnans partner i stödet i övergången till föräldraskapet, är densamma för både förstföderna och omföderna. Att det råder en missnöjdsamhet över att vara den som förväntas ta störst ansvar för barnet ser man tydligt hos kvinnorna. Precis som i Forster et al. (2008) känner förstföderna även i denna studie, en rädsla över att de inte ska klara av föräldraskapet utan stöd från vårdpersonal. Ofta upplever man att detta stöd uteblir trots att man befinner sig på en eftervårdsavdelning. Att inte lita till sin egen förmåga när det gäller skötseln av barnet eller föräldraskapet i stort är vanligt bland förstföderna. Förstföderna är även de som beskrivs ha sämst självförtroende när de går in i processen i övergången till föräldraskapet (Forster et al. 2008). Även Darvill, Skirton & Farrand (2010) talar om hur kvinnorna upplever att de förändras och ställs inför nya utmaningar i och med övergången till föräldraskapet. Samtidigt kan brist på stöd i övergången till föräldraskapet göra att kvinnan känner sig mer sårbar i denna process. Tillgången till stöd från vårdpersonal i processen i övergången till föräldraskapet, är mycket viktig och beskrivs på olika sätt av kvinnorna i studien. Att ha någon att vända sig till som har erfarenhet av föräldraskap, är något som flera av kvinnorna adresserar. Att tidigt stöd i föräldraskapet är viktigt beskrivs av kvinnor i denna studie men också av Föräldrastödsutredningen (2009), som också poängterar vikten av stöd i föräldraskapet för båda föräldrarna. Kvinnorna beskriver i denna studie att deras partner inte blivit inkluderad av vårdpersonalen, att man själv bär det ansvaret eller att det finns en misstro gentemot partnern. Tidigt stöd för båda föräldrarna ger många vinster och trots att det finns en ambition till likvärdigt stöd upplever inte kvinnor att deras partner får det stöd de önskar.

Behov av trygghet på BB.

Trots att det finns ett missnöje med vården på BB upplever man att det är tryggt att bli

omhändertagen och att befinna sig på en plats där det finns hjälp dygnet runt.

I en studie av Hildingsson (2011) finner man att de viktigaste faktorerna för att föräldrar ska känna sig nöjda med vården på BB är att barnet får bästa möjliga uppföljning och medicinsk omvårdnad samt att kvinnorna får tillräckligt med stöd från personalen. I enighet med Hildingsson (2011) beskrivs av kvinnorna i denna studie att missnöjet ofta består i att vårdpersonalen inte har tid eller är stressade när man behöver stöd eller att man inte har förtroende för vårdpersonalen av olika skäl.

Förtroendeingivande beteende från vårdpersonal är associerat med båda föräldrarnas känsla av trygghet under den första tiden. Förstagångsföräldrar har en lägre trygghetskänsla första tiden efter barnets födelse, detta beror enligt Persson & Dykes (2009) på att förstagångsföräldrar blir föräldrar för första gången och att en sådan känsla således är helt logisk. Vidare trycker de på vikten av att sjukvården fokuserar särskilt på förstagångsföräldrars behov av stöd.

Hildingsson (2007) beskriver att om vårdtiden på BB blir längre eller kortare än vad man själv tycker är nödvändigt, upplever man vistelsen negativt. De kvinnor som inte är nöjda med vistelsen upplever framförallt missnöje med postnatala kontroller, både för sin egen och barnets del, miljön och besökstiderna. Brist på information leder också till missnöje.

Det beskrivs att både kvinnan och partnern blir misstrodda av vårdpersonal vid några tillfällen i den aktuella studien. De upplever att vårdpersonalen inte finner dem kompetenta att ta hand om barnet, det handlar exempelvis om att de inte vet när barnet behöver äta eller om barnet behöver en ny blöja, en kränkning mot föräldrarna som i detta skede behöver stöttning och uppmuntran. En negativ upplevelse av vården kan föranleda att föräldrarna går hem tidigare även om de behöver mer stöd (Persson & Dykes (2002). Ett pedagogiskt tillvägagångssätt och tilltro till föräldrarna hade i dessa fall kunnat vara en väg att gå för att stärka föräldrarnas roll istället för att få dem att känna sig misslyckade som föräldrar i enighet med (Ellberg 2009). Delaktighet och samhörighet för partnern och syskon under vårdtiden är också viktigt för att känna sig nöjd med BB-vistelsen (Persson & Dykes 2002).

I en studie av Hildingsson (2007) beskrivs att om kvinnorna upplever bristande stöd från vårdpersonalen ökar risken med sex gånger, för att vistelsen på BB-avdelningen upplevs med missnöje. Om kvinnorna upplever att de blir illa behandlade, ökar risken med fem gånger. Precis

som i denna studie, finner Forster et al. (2008) att trots missnöje med stödet i övergången till föräldraskapet från vårdpersonal på BB, är det ändå på BB kvinnorna föredrar att vara de första dygnet postpartum. Man vill ha det stöd som erbjuds på BB, trots att man inte alltid känner att man egentligen får det stöd man behöver. Eftersom det i dag inte finns något etablerat alternativ till postpartumvård kan man anta att det stöd som finns är bättre än inget stöd alls.

Sammanfattningsvis har kvinnorna i denna studie beskrivit ett behov av kontinuitet, tydlig information, amningsstöd och behov av trygghet på BB för att känna stöd i övergången till föräldraskapet.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka nyblivna mammors upplevelse av stöd och information den närmaste tiden efter förlossningen. Metoden kvalitativ innehållsanalys valdes för att uppnå syftet. Genom att stimulera berättandet ställdes frågor utifrån en frågeguide och i flera fall öppna följdfrågor, på så sätt blev också författarna medskapare till texten (Malterud 2009).

Informanterna rekryterades via ett socialt internetforum med hjälp av snöbollsmetod. Urvalet gjordes via annonsering på Facebook. Tanken med urvalet inom denna typ utav forskning är inte att det ska vara representativt för en hel befolkning eller att resultatet ska bli överförbart på en hel population utan snarare att det ska vara representativt för just den aktuella kontexten i vilken undersökningen bedrivs. Inom kvalitativ forskning eftersträvar man inte statistiska urvalsmetoder, utan det är upp till forskarna att göra urvalet så att det täcker de frågor man vill ha besvarade. Detta kallas även mättnad (Malterud 2009). Intervjuerna delades upp lika mellan författarna eftersom det hade krävts större tidsåtgång för båda att delta under alla tio intervjuer. Författarna eftersträvade att ha ett så likt förhållningssätt som möjligt under intervjuerna och hade diskussioner kring just detta. Den semistrukturerade intervjun innebär ett tillfälle för informanten att delge en upplevd situation eller känsla. Det är av fördel om intervjusituationen ej blir för styrd eller statisk, utan tvärtom öppnar upp för en del sidospår inom, för författarna, rimliga gränser. Ibland kunde frågorna som forskaren ställde, behöva ändras allt eftersom. Alla intervjuer spelades in med en digital inspelningsmetod för att författarna inte skulle missa något och för att kunna lyssna på och förstå informantens berättelse. En ljudinspelning kan dock aldrig bli detsamma som själva intervjusituationen, då kommunikationen sker på flera sätt än bara

verbalt och små nyanser hos informanten i form av bland annat kroppsspråk kan uppfattas av forskaren. Detta var författarna medvetna om då man i analysprocessen skulle återge resultatet (Malterud 2009). Författarna transkriberade ordagrant sina egna intervjuer.

Efter att ha läst och tolkat det transkriberade materialet flera gånger på varsitt håll för att lära känna materialet, jämfördes författarnas tolkningar. Enligt författarna tolkades materialet likartat.

Då materialet lästs flera gånger började meningsbärande enheter att plockas ut. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är en meningsbärande enhet som ord, meningar eller paragrafer med innehåller aspekter som relaterar dem till varandra genom dess innehåll och kontext. För att stärka trovärdigheten ytterligare presenterades citat från informanterna i resultatet.

Från de meningsbärande enheterna kondenserades texten.

Allteftersom resultatet växte fram fick begreppet Kontinuitet en bredare innebörd i materialet och en del av det befintliga analysmaterialet kodades därför om.

Trovärdighet

Urvalsmetod diskuterades noggrant och valdes efter vad som var mest genomförbart med tanke på tidsramen som författarna har haft att hålla sig inom. Eftersom urvalet efterlystes på ett socialt media där efterlysningen till en början endast kunde ses av människor författarna har mer eller mindre relation till, är också en liten del av informanterna sedan tidigare kända eller har en relation till författarna. Informanterna fanns i helt skilda geografiska områden inom Stockholmsområdet, vilket förstärker trovärdigheten. (Graneheim & Lundman 2004). Alla kvinnor utom en var födda i Sverige, samtliga talade och förstod svenska. Kvinnorna hade varierande utbildningsgrad, alla hade minst gymnasial utbildning och merparten hade även högskoleutbildning. I och med att sex förstföderskor och fyra omföderskor deltog i studien, stärker det studiens validitet. Detta då man kan förvänta sig att de kvinnor som fått sitt första barn har andra behov och upplevelser än de kvinnor som hade barn sedan tidigare. Antalet informanter valdes med tanke på vad som kunde vara rimligt för tiden. Samtliga kvinnor ammade eller del-ammade. Därför har inte upplevelse av stöd eller information kunnat undersökas vad gäller uppfödning på annat sätt.

Studien har visats för de informanter som vid informerat samtycke tackat ja till detta. Syftet med detta var att få en uppfattning om deltagarna hade andra förslag på preferenser och få förslag på

acceptabelt förfarande från informanterna. Detta stärker även studiens validitet (Robert 2013).

Pålitlighet

Då denna studie pågick under en period av tio veckor, fanns ingen risk att materialet skulle förändras över tid. Enligt Graneheim & Lundman (2004) föreligger ingen risk att pålitligheten i studien påverkats eftersom den utförts under en mycket kort tid.

Överförbarhet

I kvalitativ forskning kan man inte tala om att ett resultat blir överförbart eller generaliserbart på en hel population. Detta är inte heller något man eftersträvar inom den kvalitativa forskningen.

Det man ska fråga sig är i stället i vilken kontext kan resultatet vara giltigt även för andra individer och på andra platser (Malterud 2009). Då kvinnorna i denna studie fött sina barn och vårdats på eftervårdsavdelningar på sex olika sjukhus i Stockholmsområdet, ökar det studiens överförbarhet. Även det faktum att studien inkluderade både förstföderskor och omföderskor, som kan antas ha olika förväntningar och upplevelser kring stöd och information i föräldraskapet, är det ytterligare en faktor som stärker validiteten. Författarna anser att studiens resultat är överförbart i kontexter som liknar de i studien beskrivna, det vill säga MVC, BB, BVC samt återbesöksavdelningar i andra stora och mellanstora städer i Sverige.

Slutsats

Brister i stöd gällande föräldraskap, kontinuitet och information den närmsta tiden efter barnets födelse, är det kvinnorna genomgående beskriver i studien. Stöd i föräldraskapet har många dimensioner och inte minst partners involvering redan från början.

Kontinuitet ger känsla av stöd och trygghet hos nyblivna mödrar. Kvinnorna vill ha tydlig information om vart de ska vända sig med frågor angående barnet eller sin egen hälsa. Många kvinnor vill vistas på BB de första dygnet postpartum, trots att de ofta är missnöjda med det stöd de får där. Fynden i denna studie indikerar att mer forskning inom stöd i tidigt föräldraskap, kontinuitet i vårdkedjan och information till nyblivna föräldrar behövs. Vidare beskrivs ett behov

för uppdaterade rutiner inom vården för att stödja kvinnans behov.

Referenslista

Amningshjälpen.se. (2014). *Historik*. <http://www.amningshjalpen.se/foreningsinfo/historik>
[2014-03-10]

Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28,ss. 502-508.

Barimani, M. (2012). *Bridging the gap in the chain of care for expectant and new mothers*. Diss. Karolinska Institutet. Stockholm: Univ.

Barimani, M. & Hylander, I. (2012). Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7.

Barimani, M., & Hylander, I. (2008). Linkage in the chain of care: a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. *International Journal of Integrated Care*, 8(17).

Barimani, M., Oxelmark, L., Jonansson, S., Langius- Eklöf, A. & Hylander I. (2014). Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B. & Knight, C. (2008). Learning About Baby: What New Mothers Would Like to Know. *The Journal of Perinatal Education*, 17(3), ss. 33-40.

Berkule-Silberman, S. B., Dreyer, B. P., Huberman, H. S., Klass, P. E. & Mendelsohn, A. L. (2010). Sources of Parenting Information in Low SES Mothers. *Clinical Pediatrics*, 49(6), ss. 560-568.

Darj, E. & Stålnacke, B. (2000). Very early discharge from hospital after normal Deliveries. *Uppsala J Med Sci*, 105, ss. 57-66.

Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, ss. 357-366.

Deave, T., Johnson, D. & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(30).

DiCicco-Bloom, B & Crabtree, B. (2006). The qualitative reserch interview . *Medical education*, 40.s .314-321

Ellberg, L. (2009). Den okomplicerade barnsängstiden. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 431-458.

Emmanuel, E., Creedy, D. & Fraser, J. (2001). What mothers want: A postnatal survey. *Australian College of Midwives Incorporated*, 14(4).

Faxelid, E. & Ellberg, L. (2009). Det nyfödda barnet. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 436-458.

Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L. & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(27).

Föräldrastödsutredningen (2009). Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets

stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap (SOU 2008:131). Stockholm: Socialdepartementet.

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

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, ss. 1219-1221.

Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A-K. (2011). 'What is could indeed be better'-Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27, ss. 737-744.

Hildingsson, I. (2007) New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women and birth*, 20, ss. 105-113.

Hjälmhult, E. & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, ss. 654-662.

KI.se. (2014). *Barnmorskeprogrammet*. <http://ki.se/programme/2BM13/14-15> [2014-03-10]

KI.se. (2014). *Specialistsjuksköterskeprogrammet- Barn och ungdom*. <http://ki.se/programme/2BU14/14-15> [2014-03-10]

Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21, ss. 388-397.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Martell, L. K., Imle, M. Horwitz, S. & Wheeler, L. (1989). Information Priorities of New Mothers in a Short-Stay Program. *Western Journal of Nursing Research*, 11(3), ss. 320-327.

McInnes, R.J & Chambers J.A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), ss. 407–427.

Nordström, L. & Wiklund, I. (2008). Förlossningens fysiologi och handläggning. I Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (red.) *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 113-129.

Persson, E. K. & Dykes, A-K. (2009). Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery*, 25, ss. 449-460.

Persson, E. K. & Dykes, A-K. (2002). Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, 18, ss. 53-60.

Petersson, K., Collberg, P. & Toomingas, B. (2008). *Föräldrastöd* (Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv hälsa rapport 59. 21). SFOG.

Robert, K. Y. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

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

Socialstyrelsen (2005). Översyn av socialstyrelsens författningsamling SOSFS (SOSFS 1993:1). Socialstyrelsen.

Svensson K. (2009). Amning ur ett kulturellt, historiskt och socialt perspektiv samt vägledning. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 470-494.

Svensson, P. G. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.

WHO/Unicef(1989). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. A joint WHO/Unicef statement.

Ågren, B. (2003). *Chain of care development in Sweden: Result of a national study*. *International Journal of Integrated Care*. serial online Okt 7;3 Available from: [://www.ijic.org](http://www.ijic.org) [2014-03-20]

Bilaga 1

Intervjuguide

1. Frågor om stöd.

- Hur har du fått stöd som nybliven förälder från vården den första tiden efter barnets födelse?
- Var det något specifikt i stödet som gjorde att du kände dig stärkt i din föräldraroll?
- Vad innebär stöd i föräldraskapet för dig?

2. Frågor om information.

För att hantera första tiden hemma efter barnets födelse:

- Vilken information är nödvändig?
- Vilken information efterfrågar du?
- Vilken information hittar du?
- Vilken information saknas?

Bilaga 2.

Intygan om samtycke till deltagande i intervjustudie

Härmed intygar jag att jag förstått vad min medverkan i intervjustudien "Vem värnar om den nyblivna mamman?" innebär. Jag har fått muntlig och skriftlig information om projektet. I den mån jag haft frågor angående projektet, har jag fått dem besvarade. Jag ger min tillåtelse till att materialet från denna intervju används av författarna till transkription, där jag avidentifieras helt. Min medverkan i projektet är helt frivillig och jag kan när som helst ångra den.

Namn:

Ort:

Datum:

Bilaga 3.

MBE	Kondenserad MBE	Kod	Subkategori	Kategori
1. Ibland kunde det tid innan dom svarade men eftersom att de hade väldigt fullbelagt, så det förstår jag.	Det tog tid innan de svarade.	Tidsbrist hos personalen.	Tillgänglighet	Upplevelse av kontinuitet
2. Vi upplevde att vi fick den, det stödet som vi behövde.	Vi fick det stöd vi behövde.	Stöd i föräldraskapet från bb.	Bekräftelse	Upplevelse av stöd
3. Amningen funkade väldigt bra och det fick ju liksom, han fick ju beröm för det liksom och jag fick ju också beröm för det så å kände man sig glad.	Han och jag fick beröm.	Att bli bekräftad i den upplevda situationen.	Bekräftelse	Upplevelse av stöd
4. Det var hon som visade också hur man skulle mata honom också med koppa honom och så. Så hon var väldigt bra och hon tog sig tid också fast de hade mycket att göra.	Hon var bra, tog sig tid och visade.	Att bli bekräftad i den upplevda situationen.	Bekräftelse	Upplevelse av stöd
5. För hon koppade honom första gångerna så man så hur man gjorde och sen klarade man det själv och då kändes det väldigt bra.	Hon visade först och sen visste jag hur jag skulle göra.	Att bli bekräftad i den upplevda situationen.	Bekräftelse	Upplevelse av stöd
Men jag skulle nog inte gå via henne... utan då skulle jag nog gå direkt till kuratorn där kanske eller nåt så.	Att inte vilja vända sig till den person som tilldelats en.	Att träffa många olika personer i vårdkedjan.	Avsaknad av kontinuitet	Upplevelse av kontinuitet
... maten tycker jag, alltså och det spelar ingen roll att det var mitt tredje barn för det var ju... ändå så här men gud vad han äter, han äter jättemycket hela tiden han är inte mätt och att man får lite information om hur länge är det okej att ligga och amma och... när ska man förstå att... att han kanske behöver någonting extra?	Viss information kan behövas även om man fött barn tidigare.	Tydlig information.	Tydlighet	Information
ja, absolut, däremot så tyckte jag, men det kanske påverkar att jag själv jobbar inom vården, och vet att det är stressigt så tyckte jag att jag märkte att det är att hon att det var inte bara vi som var hennes patient liksom, det var nog ganska skönt att vi var tredjegångsföräldrar som inte ville ha så mycket information. Det fanns ju massa andra grejjer att göra på avdelningen	De hade mycket att göra på avdelningen och det märkte vi av.	Tidsbrist hos personalen.	Tillgänglighet	Upplevelse av kontinuitet
Men det känns också rätt bra för det vet man ju att de följer upp det eh och då sa de det att om det är nånting, om det känns jobbigt så sätter vi in stöd för det då	Bra att veta att de följer upp om det varit några problem.	Att någon ser mina behov	Kontinuitet	Upplevelse av kontinuitet
Då var de inte så strikta och det tyckte jag var så skönt, just att man kunde få hjälp med en gång.	Bra att de inte var så strikta.	Att någon ser mina behov.	Kontinuitet	Upplevelse av kontinuitet

