



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Ht 19

Trygghet vid hemgång från BB -

En kvalitativ intervjustudie om förstföderskors upplevelser

Sense of security when returning home from the postnatal ward -

A quantitative interview study of first-time mothers'
experiences

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2020

Författare:

Anna Öhman

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Ewa Andersson

Biträdande lektor

Författare:

Åsa Morin

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Michael Wells

Biträdande lektor

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	4
Abstract	5
Bakgrund	6
BB och eftervård - historik	6
Vårdtid på BB	7
Riktlinjer för postnatal vård	8
Kortare vårdtider idag	8
Personcentrerad vård	9
Trygghet	10
Trygghetsmodellen	10
Självförtroende	11
Hemgång från BB - Faktorer som påverkar känslan av trygghet	11
Psykiskt och fysiskt välbefinnande efter förlossningen	12
Information	13
Stöd efter förlossningen	13
Socialt stöd	14
Amningsstöd	14
Första tiden med barnet	15
Nyblivna mödrars behov och upplevelser	15
Problemformulering	15
Syfte	16
Metod	16
Studiedesign	16
Datainsamling	16
Kriterier	16
Rekrytering	16
Intervjuguide	17
Intervjuprocedur	18
Dataanalys	18
Etiska aspekter	20
Resultat	21
Element som påverkar trygghet	22
Stöd	23
Personalens stöd	23
Socialt stöd	24
Organisationen	25
Hem i rätt tid	25

Stress	26
Uppföljning	27
Hälsa	28
Kvinnans välmående	28
Barnets välmående	30
Förberedelse inför hemgång	31
Information	31
Amning	32
Föräldrarollen	33
Diskussion	35
Metoddiskussion	35
Svagheter	35
Trovärdighet	35
Pålitlighet	36
Överförbarhet	36
Förförståelse och reflexivitet	37
Resultatdiskussion	38
Personalen har en avgörande roll	39
Rätt förutsättningar ger trygghet	40
Borta bra men hemma bäst	42
Slutsats	45
Framtida forskning	45
Referenser	46
Bilagor	53
Bilaga 1: Intervjuguide	53
Demografiska frågor	53
Frågor om känslan av trygghet vid hemgång	54
Bilaga 2: Informationsbrev	56



**Karolinska
Institutet**

Sammanfattning

Introduktion: Hur lång tid föderskor spenderar på BB efter förlossning skiljer sig från kvinna till kvinna och beror på flera faktorer. Generellt sett stannar förstföderskor i snitt ett dygn längre på BB jämfört med omföderskor. Kvinnor som skrivs ut från BB innan de känner sig redo tenderar att söka vård mer frekvent och mår sämre. Det är av största vikt att hemgången planeras tillsammans med den nyblivna familjen och individanpassas.

Syfte: Syftet med denna studie var att utforska friska förstföderskors upplevelse av trygghet vid hemgång från BB.

Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta mammor som födde barn på samma förlossningsklinik i Stockholm. Materialet transkriberades ordagrant samt analyserades med systematisk textkondensering.

Resultat: Alla deltagare var svensktalande, förstföderskor som gått hem från BB inom 24 timmar. Ett tema framkom "Element som ligger till grund för trygghet vid hemgång från BB" med underliggande kategorier och subkategorier. Kvinnorna lyfter bland annat att deras egna och barnets hälsa, det sociala stödet, den egna förväntan och tryggheten i den nya föräldrarollen var viktiga faktorer som bidrog till trygghet. Dock betonades att personalens stöd, i olika former, var essentiellt i deras upplevelse av trygghet inför hemgång från BB. Trots åsikter om organisations- och resursbrist övervägde barnmorskans handläggning och bemötande i relation till upplevelse av trygghet.

Slutsatser: Stöd i olika former är fundamentalt i fråga om upplevelse av trygghet vid hemgång. Med rätt individuella, sociala och organisatoriska förutsättningar visade det sig att även förstföderskor är trygga och redo att gå hem redan första dygnet. Tilliten till personalens kompetens och stöd hade en avgörande betydelse för förstföderskornas upplevelse av trygghet inför hemgång. Utan en bra uppföljning av kvinnorna i hemmet hade troligtvis vårdtiden på BB varit längre. Det går inte att utesluta att Covid 19-pandemin hade en påverkan på vårdtiden då det lett till en strävan efter tidigare utskrivningar.

Nyckelord: postpartum, trygghet, hemgång, BB, förstföderska

Abstract

Introduction: How much time mothers spend on aftercare after childbirth differs from woman to woman and depends on several factors. In general, first-time mothers stay average 24 hours longer at the postnatal ward compared with second-time mothers. Women who are discharged from the aftercare before they feel ready tend to seek care more frequently. It is of the utmost importance that the return home is planned together with the new family and individually adapted.

Aim: The purpose of this study was to explore healthy first-time mothers' experience of security when returning home from the postnatal ward.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews. The material was transcribed verbatim and analyzed using systematic text condensation.

Results: All participants were Swedish-speaking, first-time mothers who went home from the postnatal ward within 24 hours. A theme emerged "Elements that form the basis for security when returning home from the postnatal ward" with underlying categories and subcategories. Among other things, the women emphasize that their own and the child's health, social support, their own expectations and security in the new parental role were important factors that contributed to security. However, it was emphasized that the staff's support, in various forms, was essential in their experience of security before returning home from the postnatal ward. Despite opinions about lack of organization and resources, the midwife considered the handling and treatment in relation to the experience of security.

Conclusions: Support in various situations is fundamental in matters concerning the experience of security when returning home from aftercare. With the right individual, social and organizational conditions, it turned out that even first-time mothers are safe and willing to go home already the first day. Confidence in the staff's competence and support was of crucial importance for the first-time mothers' experience of security before returning home. Without a good follow-up of the women in the home, the care period would probably have been long. It can not be ruled out that the Covid-19 pandemic had an impact on the length of care as it led to an aspiration for previous discharges.

Keywords: Postpartum, security, homecoming, postnatal ward, first mother

Bakgrund

BB och eftervård - historik

Det första allmänna barnbördshuset (BB) öppnade i Stockholm 1775. Det var då främst en fristad för fattiga och ogifta kvinnor som skulle föda barn men även för kvinnor från högre samhällsklasser som av någon anledning inte ville avslöja sin identitet. Under 1900-talet började allt fler kvinnor att föda barn på BB och från år 1920 till 1940 minskade hemförlossningarna successivt från 90 till 35 procent av alla födselar. På 1950-talet föddes bara fem procent av barnen i hemmen. (Populärhistoria, 2017) Trots att en förlossning är något friskt och naturligt föds nästan alla barn i medel- och höginkomstländer på sjukhus idag (World Health Organization [WHO], 2002). Anledningen till detta är möjligheten att ha tillgång till sjukhusens övervakning och behandling av eventuella komplikationer hos mor och barn, men även att kunna ge nödvändigt stöd vad gäller exempelvis amning samt information till familjerna. (WHO, 2002)

Sedan flera decennier tillbaka har en successiv minskning av den postnatale vårdtiden skett globalt (Fink, 2011) och enligt en studie utförd i Danmark har vårdtiderna minskat kraftigt under 2000-talet (Feenstra et al., 2018). I Sverige, under två generationer fram till 1980-talet, var vårdtiden på BB i genomsnitt en vecka och kvinnan hade större möjlighet att välja att stanna kvar på BB (Waldenström & Lindmark, 1987; Johansson et al., 2010). 1987 skrev Ulla Waldenström och Gunilla Lindmark avhandlingen "Tidig hemgång från BB" vilken ledde till att vårdtiden i Sverige kom att diskuteras. Studien bidrog till en djupare förståelse kring nyblivna föräldrars egen förmåga och kompetens vilket gjorde att vårdens "medicinska kontrollbehov" och vårdtidens längd ifrågasattes (Wiklund, 2016). Syftet var att undersöka vilka som valde att delta och vilka bakgrundsfaktorer de hade. Tidig hemgång definierades som utskrivning 24-48 timmar efter barnets födsel. Studien genomfördes på ett sjukhus i en mindre stad i Mellansverige och kvinnorna som valt att gå på tidig hemgång (164 kvinnor) jämfördes mot en kontrollgrupp (354 kvinnor) som enligt rutin stannade kvar på BB i genomsnitt 6 dagar efter barnet fötts. Första veckan efter hemgång fick kvinnorna som gått på tidig hemgång ett barnläkarbesök samt 3-5 hembesök av en barnmorska (Waldenström & Lindmark, 1987). Det framkom att kvinnorna som tackat ja till tidig hemgång i större utsträckning var *omföderskor*, hade upplevt mindre komplikationer under graviditeten och hade *bättre självförtroende* gällande förlossning och föräldraskap jämfört med

kontrollgruppen. Vidare kände de sig *mer förberedda inför förlossningen, var yngre*, hade en *mindre positiv attityd till eftervården* och *bättre stöd från sitt sociala nätverk* vid tidig utskrivning. Det fanns inga skillnader mellan grupperna avseende ekonomi, invandrabakgrund, bostadsförhållanden, avstånd till sjukhus, faderns intresse för förlossning och föräldraskap eller jämställdhet i parrelationen. (Waldenström & Lindmark, 1987). Liknande resultat har även framkommit i färskare studier. I en svensk tvärsnittsstudie av Johansson et al. (2019) valde 180 kvinnor som haft okomplicerade vaginala förlossningar att testa en ny eftervårdsmodell. Modellen innebar att kvinnorna rekommenderades att (under rätt förutsättningar) gå hem inom 24 timmar postpartum och stället för den traditionella eftervården på BB få besök av barnmorskan i hemmet under den första veckan efter förlossningen. Utöver detta hade kvinnorna möjlighet att under den första veckan efter förlossningen ha daglig telefonkontakt med en barnmorska och föräldrarna kunde dessutom ringa sjukhuset när som helst på dygnet för att få råd från en barnmorska. Majoriteten av kvinnorna var nöjda med den nya eftervårdsmodellen och 75% av deltagarna var så nöjda att de skulle föredra den här typen av eftervård framför traditionell eftervård på BB vid en eventuell framtida förlossning. Några av anledningarna till att kvinnorna valde att delta berodde i likhet med Waldenström & Lindmarks studie på trygghet i föräldrarollen och socialt stöd (Johansson et al., 2019).

Vårdtid på BB

Vårdtiden efter förlossning varierar kraftigt världen över och många vårdinrättningar skriver ut kvinnor och deras nyfödda barn bara timmar efter okomplicerade vaginala förlossningar, medan andra insisterar på vårdtid på 48 timmar eller längre (Löf et al., 2006).

Den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus efter förlossning brukar oftast ses som ett mått på effektivitet och något som reducerar vårdkostnaderna under förutsättning att utskrivningarna följer riktlinjer med god standard (OECD, 2019). Detta eftersom kostnader för eventuella korta akuta besök överlag inte är lika kostnadskrävande som slutenvård. Enligt den senaste statistiken från Socialstyrelsen (2019a) är den *genomsnittliga vårdtiden* efter vaginala förlossningar i Sverige 1,9 dygn men regionala skillnader förekommer. Förstföderskor stannar i snitt ett dygn längre på BB jämfört med omföderskor, 2,3 dygn jämfört med 1,4 dygn. Sett till alla förlossningar i Europa, både vaginala födslar och kejsarsnitt, är det bara Storbritannien (1,6 dygn) och Holland (1,5 dygn) som har kortare vårdtider än Sverige. (Socialstyrelsen, 2019a).

Riktlinjer för postnatal vård

World Health Organization (WHO, 2013) har satt upp *internationella riktlinjer för vård efter förlossning*, främst med inriktning mot låg- och medelinkomstländer med mindre resurser.

Målet med riktlinjerna är att förbättra vårdkvalitet och hälsa för mödrar och barn under den postnatala perioden (dvs. dagarna och veckorna efter förlossningen). Den postnatala perioden beskrivs som kritisk för mamman och barnet och det är viktigt att det under denna period finns tillgång till adekvat vård både för mamma och barn. Vad gäller mamman tas hänsyn till blödningar, infektioner, anemi och depression. För de nyfödda barnen har WHO utgångspunkt i tillväxt, kognitiv utveckling, amningsstatus, sjuklighet och dödlighet. WHO rekommenderar därför 24-48 timmars vårdtid på sjukhus postpartum eftersom kortare vårdtid kan öka riskerna för extra återbesök för barnet och en risk att mamman ammar en kortare tidsperiod än om hon stannat längre på eftervården. WHO:s riktlinjer innefattar undersökningar för att identifiera eventuella hälsoproblem och hinder hos nyblivna mödrar och spädbarn samt en checklista inför hemgång. Enligt checklistan ska det vid hemgång inte finnas några tecken på infektion hos mödrarna eller barnen, kvinnans blödning ska kontrolleras och amningen ska fungera bra (WHO, 2013).

Enligt Benahmed et al. (2017) har sjukhus världen över lokala riktlinjer för hur tidigt hemgång efter förlossning får ske. I sin litteraturstudie beskriver de vidare att det inte finns tillräckligt med stöd för hur mödrars och barns hälsoutfall påverkas vid kortare vårdtid på BB i västerländska länder. Faktorer som påverkar när utskrivning sker är bland annat typ av förlossning, enkel- eller flerbörd, smärtlindring, induktion, tidigare antal förlossningar, föräldrarnas nationalitet, om mamman röker, barnets vikt och gestationsålder, föderskans ålder, civilstånd, sysselsättning och BMI (Nilsson et al., 2016; Pertile et al., 2017).

Riktlinjerna för hur tidigt kvinnan och det nyfödda barnet kan lämna BB i höginkomstländer ser enligt Fink et al. (2011) olika ut och påverkas av, politik, kultur och olika sjukvårdssystem. De menar att inga tydliga rekommendationer för riktlinjerna har kunna sättas upp då det finns otillräckligt forskning inom området.

Kortare vårdtider idag

Enligt World Health Organization (WHO, 2018) har vårdtiden efter födseln minskat de senaste 50 åren. I början av 2000-talet visade Brown et al. (2004) i sin kvalitativa studie att begreppet *tidig hemgång* blivit ett mer vanligt förekommande uttryck. Begreppet användes i

flera höginkomstländer där den genomsnittliga vårdtiden efter vaginala förlossningar minskat och låg på 48 timmar eller mindre. Tidig hemgång som begrepp har använts flitigt inom forskningen de senaste decennierna men eftersom det kan vara missvisande börjar det ersättas av andra uttryck inom den kliniska verksamheterna idag. Enligt C.Elvander (personlig kommunikation, 15 september 2020) är gå hem i rätt tid ett exempel på uttryck som används eftersom det tydligare visar att beslutet om hemgång utgår från kvinnans och barnets individuella behov.

World Health Organization (WHO, 2017) menar att det inte råder någon tydlig konsensus i vilka som går hem tidigare från BB. Enligt Pertile et al. (2017) beror det på att definitionen och riktlinjerna för en så kallad tidig hemgång genom åren varierat mellan olika sjukhus, såväl nationellt som internationellt. Benahmed et al. (2017) använder begreppet tidig hemgång i sin litteraturstudie och definierar det som hemgång från 24-72 timmar postpartum. I Sverige kan utskrivningar från sjukhus göras som tidigast 6 timmar efter förlossningen om både mamma och barn är undersökta, mår bra och inte har några riskfaktorer (Johansson et al., 2010)

I sin studie fann Brown et al. (2002) några av anledningarna till varför vårdtiderna minskat. Det hade dels att göra med mammornas önskemål om kortare vårdtid men även ett försök från sjukvårdens sida i att minska vårdkostnaderna. Flertalet studier som tittat på faktorer som bidrar till tidig hemgång gjordes i början av millennieskiftet och det har visat att omfödelskor, kvinnor som födde vaginalt utan komplikationer samt kvinnor och barn som var friska och välmående i större grad gick på tidig hemgång (Nilsson et al., 2016). Tidigare hemgångar för friska kvinnor med okomplicerad graviditet och förlossning har enligt en intervjustudie med 9 kvinnor av Löf et al. (2006) inte visat sig innebära ökade medicinska risker. Flera höginkomstländer har korta vårdtider för mammor och barn med låg risk för komplikationer, hemgång från sjukhuset kan då ske så tidigt som 4-6 timmar efter förlossningen (Jones et al., 2016).

Personcentrerad vård

Kvinnor som skrivs ut från BB utan att känna sig förberedda inför detta uppsöker vården mer och mår sämre (Bernstein et al., 2013). Det är därför viktigt att tiden för hemgång anpassas utifrån kvinnans och familjens behov och förutsättningar (Bernstein et al., 2013 ; Boulvain,

2004). Enligt Nilsson et al. (2015) visar flera studier att kvinnans delaktighet i beslutet om när hemgång ska ske leder till positiva effekter som ökad känsla av trygghet, ansvar och tillit till sin föräldraförmåga. Det i sin tur underlättar för kvinnan och hennes partner att komma in i föräldrarollen. Om delaktighet däremot saknas, och familjen skrivs ut från sjukhuset när de inte känner sig redo, leder det till negativa effekter vad gäller amning, nöjdhet och trötthet (Nilsson et al., 2015).

Socialstyrelsen (2017) menar att de flesta brister i vården för kvinnor efter förlossningen är strukturella. De anser att det behövs organisatoriska förändringar i regionerna för att uppnå en mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik vård i hela landet. Vidare bedömer de att det även är otydligt vart kvinnor ska vända sig för stöd och vård när en vecka har passerat och BB inte längre ansvarar för vården. Uppföljningen av kvinnors hälsa behöver förbättras liksom tillgången till stöd och vård efter förlossningen. Det finns även stor potential till förbättring när det gäller att skapa kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal kvinnor möter i samband med graviditet, förlossning och eftervård. (Socialstyrelsen, 2017)

Trygghet

Trygghetsmodellen

Heli och Svensson (2017) har utvecklat *trygghetsmodellen* som baseras på olika former av stöd under graviditet, förlossning och eftervård. Modellen utgår från det salutogena perspektivet och fokuserar på det friska och vikten av trygghet i födandet. Centrala delar i modellen är helhetsbilden och hänsyn till psykologiska, kroppsliga och sociala faktorer. Tid, tålamod, prevention och individualiserad vård står framför rutinmässiga kontroller och riskbedömningar. Författarna menar att omvårdnadsmodellen ska fungera som hjälp för personal som arbetar med den gravida och födande kvinnan i syfte att ge henne och partnern de bästa förutsättningarna för att uppleva trygghet i att föda och bli föräldrar. De dimensioner av stöd som inkluderas i trygghetsmodellen är emotionellt-, kroppsligt- och informativt stöd tillsammans med partnerskap (Heli & Svensson, 2017).

Med utgångspunkt i trygghetsmodellen används ROT-linjen, en skala som sträcker sig mellan rädsla och trygghet (Heli & Svensson, 2017). Enligt författarna går tryggheten som en röd tråd genom tiden för graviditet, förlossning och eftervård. Svåra upplevelser och bristande

stöd och trygghet under graviditet och födsel kan därför påverka hur föräldrarna landar i det tidiga föräldraskapet. Personalen kan med sitt bemötande och arbetssätt stärka kvinnan i syfte att bryta rädsla och istället arbeta för att bibehålla, förstärka och fördjupa hennes trygghet.

Självförtroende

Feenstra et al. (2018) visar i sin intervjustudie att nyblivna mödrar önskar ha en lugn första tid tillsammans med barnet i sitt eget hem. De betonar vikten av kvinnans känsla av trygghet och förtroende i föräldrarollen eftersom dessa känslor har en stor inverkan på processen att komma in i föräldrarollen. Kvinnans upplevelse av osäkerhet efter förlossning har en negativ inverkan på hennes självförtroende och känsla av ansvar vilket påverkar förmågan att snabbt komma in i föräldrarollen (a Nilsson et al., 2015).

Hemgång från BB - Faktorer som påverkar känslan av trygghet

Upplevelsen av förlossningen och vården påverkas enligt en kvantitativ studie av Hildingsson (2003) av ett flertal faktorer vilka varit välkända sedan länge. Det handlar om delaktighet, stöd av barnmorskan, vårdens individualisering, information och kommunikation med barnmorskan, kontinuitet av personal samt utformningen av vårdmiljön. 3292 kvinnor deltog i studien vilken visar att en viktig faktor för att minska känslan av oro hos kvinnorna har varit en flexibel eftervård med möjlighet att stanna kvar på BB tills kvinnan känner att amningen fungerar. Även partners stöd, samtal om förlossningen med barnmorskan som var närvarande vid födseln samt att efter hemgång få uppföljning i hemmet i form av besök eller telefonsamtal var bidragande faktorer för kvinnornas känsla av trygghet. (Hildingsson et al., 2003)

En stor nationell enkätundersökning som Socialstyrelsen (2019b) ansvarade för bekräftar vad Hildingsson tagit upp i sin studie och menar att kvinnans upplevelse av trygghet vid hemgång är komplex och påverkas av flera olika faktorer, dels hos kvinnan själv och dels utifrån hennes situation och omgivning. 1520 nyförlösta kvinnor från olika delar av Sverige svarade på enkäten och syftet med studien var att få en djupare förståelse för hur kvinnornas situation och behov ser ut efter förlossningen och vad de behöver för stöd och vård efter graviditeten och förlossningen. Det visade sig att det psykiska och fysiska välbefinnande innan och under graviditeten samt en positiv upplevelse av förlossningen och tiden på BB påverkar kvinnans känsla av trygghet. Andra faktorer som påverkar är hur väl förberedd och informerad kvinnan

är inför förlossning och tiden därefter samt vilket stöd hon får av partner och vårdpersonal. Det har även visat sig att barnmorskans roll har en central betydelse för kvinnans upplevelse av trygghet i samband med hemgång (Socialstyrelsen, 2019b).

Psykiskt och fysiskt välmående efter förlossningen

Socialstyrelsen (2019b) fann genom sin enkätundersökning att den övervägande delen av kvinnorna mådde bra både under graviditeten och de två första månaderna förlossningen. Var fjärde kvinna mådde fysiskt ganska eller mycket dåligt efter förlossningen. 18% uppgav att de mådde ganska eller mycket dåligt psykiskt. Även om förstföderskor i regel mår bättre fysiskt än omföderskor under graviditeten så visade det sig att omföderskorna mår både psykiskt och fysiskt bättre efter förlossningen jämfört med förstföderskor (Socialstyrelsen, 2019b). Den största oron som kvinnorna hade handlade om barnet. Studien visade även på ett samband mellan oro och det fysiska- och psykiska välmåendet. De som under graviditet eller efter förlossning upplevt mer oro tenderade att må fysiskt och psykiskt sämre än kvinnor som inte upplevt oro. Resultaten visar även att *ensamstående* (singlar, särbor eller ensamstående) mådde psykiskt sämre än de som under graviditet och förlossning var sambor eller gifta. (Socialstyrelsen, 2019b). Flera kvinnor uttryckte ett behov av att nedstämdhet och depression efter förlossning behöver uppmärksammas och synliggöras i större utsträckning. De ansåg att uppföljningen behöver blir bättre så att psykisk ohälsa och depression kan fångas upp efter förlossningen. Det var även viktigt med information om vart kvinnor som mår psykiskt dåligt ska vända sig för att få stöd och vård. Att få prata om sin förlossningsupplevelse visade sig vara viktigt oavsett om den var positiv eller negativ. Även kvinnor som mått psykiskt bra efter förlossningen tyckte att alla borde bli erbjudna ett samtal med psykolog för att prata om förlossningen.

(Socialstyrelsen, 2019b)

Enligt Borglin et al. (2015) är screening ett bra verktyg att använda sig av under graviditeten för att förebygga psykisk ohälsa efter förlossningen. I den kvantitativa studien nämns även att ett bra samarbete med barnavårdscentralen är av stor vikt för att minska risken för att kvinnan ska få en förlossningsdepression. I en äldre studie av Waldenström et al (1987) fanns det 6 veckor postpartum inget samband mellan tidig hemgång och depression. Det bekräftas även av studie av Boulvain et al. (2004), där de genom en enkät jämförde traditionell eftervård på sjukhus med tidig hemgång och vård i hemmet.

Information

Upplevelsen av trygghet kan stärkas hos nyblivna mödrar om de redan under graviditeten får förbättrad information om hur tiden efter förlossningen kan vara både psykiskt och fysiskt när det gäller exempelvis amning, hormoner, babyblues, trötthet, bristningar, läkning, bäckenbottenövningar och ev. komplikationer som kan uppstå efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2019b). Mödrarna ska även informeras om vart de ska vända sig vid symtom på preeklampsi, infektion, större blödning eller blodpropp (WHO, 2013).

Den muntliga kommunikationen var den som upplevdes ge bäst nytta och stödet samt informationen från barnmorskan hade stor betydelse för kvinnornas känsla av ökad trygghet (Socialstyrelsen, 2019b). I en svensk kvalitativ studie av Persson et al. (2011) benämner kvinnorna vikten av att få konsekventa råd genom hela graviditeten från alla personalkategorier. Kvinnorna i studien ansåg att det var barnmorskans ansvar att informera om de vanliga komplikationerna som kunde uppstå under den första tiden efter förlossningen. Vidare tyckte kvinnorna att det var viktigt att partnern inkluderades redan under graviditeten för att lättare kunna komma in i föräldrarollen och vara en trygghet för kvinnan. Vad gäller rådgivning och hjälp ska det tydligt framgå vart kvinnan och hennes familj ska vända sig efter hemgång från BB (WHO, 2013) eftersom vetskapen att kunna få hjälp dygnet runt var viktig för att kvinnorna skulle känna sig trygga när de kommit hem från BB (Persson et al., 2011).

Stöd efter förlossningen

Kontakt och samtal med i första hand en barnmorska eller någon annan vårdpersonal, men även med familj och vänner, bidrar till ökad känsla av trygghet både under graviditeten och efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2019b). Flera kvinnor hade känt en oro att partnern inte skulle få stanna kvar på BB. Partners stöd och att få dela föräldraskapet och upplevelsen av barnets första dygn tillsammans var betydelsefullt. Att ha eget rum på BB upplevdes öka känslan av avslappning och bidrog till en bättre amningsstart. (Socialstyrelsen, 2019b). Ett sätt att öka tryggheten efter förlossningen är att ha ett postpartumsamtal med barnmorska samt att uppleva en positiv personal attityd till partners engagemang och delaktighet på eftervården (Persson et al., 2010)

Det finns organisationer som får ekonomiskt stöd av regeringen för att stötta kvinnor som drabbats av psykisk ohälsa under graviditeten och första tiden efter förlossningen (Mamma

till mamma, 2020). Att hjälpa kvinnorna att må bättre hjälper även deras familjer eftersom det även underlättar för den/de andra föräldrarna att komma in i föräldrarollen.

Socialt stöd

Enligt Bäckström, Larsson, Wahlgren, Golsäter & Mårtensson, 2017; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997 består socialt stöd av fyra dimensioner: instrumentellt stöd, emotionellt stöd, informativt stöd och utvärderande stöd. De olika formerna av stöd kan vara aktuella för den nyförlösta kvinnan när det exempelvis gäller amningsstöd, stöd med omhändertagandet av det nyfödda barnet och information om kroppsliga och psykologiska förändringar i samband med graviditet och förlossning.

Det instrumentella stödet innebär att individen får hjälp praktiskt att lösa sina problem. Det emotionella stödet kännetecknas av personen som ger stöd, i form av tillit, omhändertagande, omtanke och empati exempelvis inför känslor av osäkerhet inför omhändertagandet av barnet. Det informativa stödet innebär att människor i individens umgänge bistår med stöd och information, så att informationen kan användas för att lösa eventuella problem som individen har, kan ges både verbalt och handgripligt. Slutligen handlar det utvärderande stödet om att individer som får stöd och information av andra människor värdesätter detta och på så vis kan öka sin självmedvetenhet (Bäckström et al., 2017; Langford et al., 1997).

Amningsstöd

Ett bra amningsstöd är en av de viktigaste förutsättningarna för en fungerande amning. Enligt en kvalitativ studie av Alberdi et al. (2017) behöver de flesta kvinnor som önskar amma sitt barn stöd från vårdpersonal, partner, familj och från samhället. Vid avsaknad av amningsstöd är det många kvinnor som slutar amma tidigare än vad de har planerat (Alberdi et al., 2017; Oakley, Henderson et al., 2014).

Olika studier har visat att amningsstöd från vårdpersonal bidrar till att ammande kvinnor känt sig tryggare och lugnare i rollen som nybliven mamma (Schmied et al., 2011; Bäckström et al., 2010). Vidare var det av stor betydelse att få bekräftelse från personalen att mamman hade rätt teknik och att amningen såg ut att fungera (Schmied et al., 2011; Bäckström et al., 2010). Meedya et al. (2010) fann att partners stöd var viktigt och av stor betydelse då det ökade chanserna att kvinnan fortsatte att amma sitt barn efter utskrivning från sjukhuset. Det

framkom även att stödet gjorde att kvinnan tyckte amningen fungerade bättre och fick en mer positiv inställning till amningen.

Första tiden med barnet

Nyblivna mödrars behov och upplevelser

Löf et al. (2006) undersökte vilka faktorer som påverkade förstföderskors val och upplevelse av tidig hemgång första veckan efter förlossningen. Tidig hemgång kategoriseras i studien som 9-36 timmar postpartum. Nio kvinnor som fött barn på ett sjukhus i en mellanstor stad i södra Sverige intervjuades. Efter hemgång hade kvinnorna möjlighet till daglig telefonkontakt med en barnmorska, återbesök bokades in 3-4 dagar efter förlossningen och stöd i form av möjlighet till telefonkontakt med barnmorska fanns dygnet runt.

Sammanfattningsvis tyckte förstagångsföderskorna i studien att de gått hem i rätt tid och det visade sig att det främst var känslan av trygghet och självförtroende som påverkade deras val och upplevelse av tidig hemgång. Gemensamt för kvinnorna i studien var även att de var väl förberedda inför förlossningen men inte hade som avsikt att gå på tidig hemgång. De levde i jämställda förhållanden och fick stöd av sin partner och att de tidigt känt sig trygga med att ta hand om sitt barn. Barnmorskans stöd var väldigt viktigt och att personalen lät föräldrarna ta eget ansvar för skötseln av sitt barn stärkte dem i föräldrarollen. Beslutet om tidig hemgång växte fram naturligt i och med att kvinnorna upplevde ett bra stöd från partner och personal och kände att de återhämtat sig efter förlossningen och mårde fysiskt och psykiskt bättre. En ytterligare bidragande faktor till känslan av trygghet vid tidig hemgång var att kvinnorna hade förtroende till den uppföljande vården. (Löf et al., 2006)

Problemformulering

Idag finns mycket forskning kring vårdtid på BB, faktorer som påverkar vårdtiden och effekter av tidigare och senare hemgång. Det är dock ett fåtal studier gjorda som undersöker de nyförlösta kvinnornas upplevelser av trygghet i samband med hemgång. Forskning visar att omföderskor, i och med sina tidigare erfarenheter av födande, nyföddhetstiden och föräldraskapet, upplever trygghet i större utsträckning än förstföderskor. Den här studien kommer rikta in sig på friska förstföderskors upplevelser av trygghet vid hemgång genom att

utforska individuella och sociala förutsättningar för trygghet, men även lyfta fram vårdens inverkan. Vi hoppas att genom den här studien belysa vad som behövs för att upprätthålla eller förbättra en god vård som stärker förstföderskors positiva upplevelser i samband med förlossning, tiden på BB och de första dagarna efter hemgång.

Syfte

Syftet var att utforska friska förstföderskors upplevelse av trygghet vid hemgång från BB.

Metod

Studiedesign

För att på bästa sätt kunna svara på syftet och undersöka förstföderskors upplevelser bestod datainsamlingen av semistrukturerade intervjuer. Vidare menar Polit & Beck (2013) att en kvalitativ metod är ett bra val för studier som syftar till att undersöka deltagarnas upplevelser. Semistrukturerade intervjuer genomfördes då de innefattar både struktur och flexibilitet vilket gav informanten utrymme att på ett friare sätt uttrycka sina upplevelser och erfarenheter (Danielsson, 2012). Vid analysen har hänsyn tagits till både manifest och latent innehåll för att på så sätt inte missa data som är relevant för syftet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2018).

Datainsamling

Kriterier

I studien inkluderas förstföderskor, oavsett ålder, som identifierar sig som kvinnor och kan genomföra en intervju på svenska. Inga riskfaktorer ska ha identifierats för mamma och barn under graviditet, förlossning och eftervård. Barnen ska vara födda vaginalt våren 2020.

Rekrytering

Deltagarna i studien rekryterades via en kvinnoklinik i Stockholm genom ett bekvämlighetsurval, även kallat frivilligt urval. Det innebär att forskaren, på bekvämaste sätt,

rekryterar deltagare genom att tillfråga informanter om de önskar delta i studien (Polit & Beck, 2018). Beslutet att rekrytera från en enda kvinnoklinik baseras på att studien är begränsad då den är gjord inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå.

Projektet är en kvalitetsuppföljning initierad av vårdgivaren. För att få tillgång till kvinnor som kunde tänka sig att delta i denna uppföljning erhöll vi av forskningsansvarig barnmorska på kliniken en lista på namn och kontaktuppgifter på en grupp kvinnor som var möjliga att följa upp. Författarna fick godkännande att kontakta och tillfråga kvinnorna om studien via telefon. Patientlistorna utgick från studiens inklusionskriterier och innefattade ett tjugotal förstföderskor som födde barn vaginalt i april-maj 2020. Anledningen till att kvinnor som fött just den tidsperioden förmedlades beror dels på att vi valt att inkludera kvinnor som hunnit landa i sin nya roll som mamma. Valet att inkludera kvinnor som fött inom en tidsram på två månader har gjorts för att ge deltagarna samma möjlighet att vid intervjutillfället ha första tiden efter förlossningen relativt färskt i minnet. Det skulle således gått lika bra att inkludera mammor som fött en till två månader före och efter denna period.

Förfrågningarna via telefon fortgick tills att åtta kvinnor tackat ja. Efter intervjuer och transkriberingar framkom tillräckligt med material för att kunna genomföra dataanalysen och därför tillfrågades inga fler kvinnor om att delta (Malterud, 2012). Kvinnorna fick muntlig information om studien under telefonsamtalet och skriftlig information skickad till sin e-post (se bilaga 2). De fick välja om intervjun skulle ske via videosamtal eller genom ett fysiskt möte, antingen i kvinnans hem eller i ett avskilt rum på Karolinska institutet. Hälften av intervjuerna genomfördes i kvinnans hem och resterande via videosamtal på webben, samtliga i september 2020. Listan med kvinnornas uppgifter har förvarats inlåst och förstördes efter att intervjuerna med kvinnorna genomförts.

Intervjuguide

Intervjuguiden bestod inledningsvis av ett antal frågor om demografiska data men innefattade framförallt öppna frågor och förslag på följdfrågor som syftade till att besvara studiens syfte och frågeställningar. Frågorna konstruerades med stöd av handledaren utifrån syfte och tidigare forskning. Vad gäller demografiska data tillfrågades kvinnorna muntligt under intervjun om bland annat könsidentitet, ålder, samt huvudsysselsättning före och efter förlossningen. Vidare ställdes en fråga om kvinnan kunde återge sin skattning av

helhetsupplevelsen under vårdtiden, något som hon gjorde i samband med hemgång från BB. Skattningen görs utifrån visuell analog skala (VAS-skalan) som egentligen är utformad för att skatta smärta. Skalan sträcker sig från 0, som står för den sämsta tänkbara upplevelsen, till 10 som står för den bästa tänkbara upplevelsen. (Vårdhandboken, 2019). I den demografiska delen ställdes slutligen fyra flervälsfrågor angående upplevelsen av tiden på förlossning och BB samt den psykiska och fysiska hälsan vid tiden för hemgång ställdes också (Se bilaga 2).

Intervjuguiden granskades av några verksamma barnmorskor och utifrån synpunkter gjordes justeringar i syfte att förbättra frågorna. Den första av de åtta intervjuerna var en pilotintervju vilken genomfördes för att testa frågornas relevans och tydlighet för studiens syfte samt för att utvärdera tidsramen och testa inspelningsutrustningen (Danielsson, 2012). Inga ändringar gjordes i intervjuguiden efter pilotintervjun och den inkluderades därför i analysen.

Intervjuprocedur

Varje intervju där båda författarna deltog (fyra fysiska möten och två webbintervjuer) spelades in via inspelningsapplikationer på två olika mobiltelefoner, detta för att minska risken för att tekniska problem som kan inverka på studien. Två webbintervjuer genomfördes av en av författarna enskilt och spelades därför bara in med en mobiltelefon.

Alla kvinnor som deltog har, under den inspelade intervjun, lämnat muntligt godkännande att delta i studien. Vidare har alla deltagare fått muntlig och skriftlig information om frivilligt deltagande, samtycke och rätten att avbryta intervjuerna när som helst. Den skriftliga informationen har skickats elektroniskt via mejl och kvinnorna som deltog i en fysisk intervju fick även en kopia i handen.

Intervjuerna tog mellan 17-26 minuter. Videointervjuerna genomfördes utav en av författarna via webben och de övriga intervjuerna, som gjordes i kvinnornas hem, genomfördes av författarna tillsammans. I slutet av intervjun tillfrågades deltagarna om det var någon ytterligare information de ville tillägga.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Lundman & Hällgren-Graneheim (2018). Genom denna analysmetod kunde mönster av

likheter och skillnader identifieras och sorteras in under teman och kategorier i syfte att få en djupare förståelse för fenomenet. Transkriberingen gjordes av den ena författaren för att sedan läsas igenom och jämföras mot minnesanteckningar av den andra författaren.

Analysen genomfördes i sex steg av författarna tillsammans. Inledningsvis, och i *analysens första steg* gjordes en genomläsning av materialet ett flertal gånger för att på så sätt bekanta sig med materialet, få en helhetsuppfattning och dela upp texten i olika domäner. Domäner är delar av textmaterialet som handlar om ett specifikt område och som passar bra in med exempelvis en viss frågeställning eller del i intervjuguiden. I *andra steget* av analysen identifierades meningsbärande enheter det vill säga ord, meningar och stycken som är relevanta för studiens syfte. I *tredje steget* kortades de meningsbärande enheterna ner till kondenserade meningsbärande enheter. Det innebär att materialet blir mer lätthanterligt och komprimerat utan att det huvudsakliga innehållet ändras eller försvinner. De kondenserade meningsenheterna kodades i *steg fyra*, vilket innebär att de benämns på ett ännu mer kortfattat sätt utifrån studiens syfte. I *steg fem* delades koderna in under lämplig underkategori för att i *steg sex* grupperas in under övergripande kategorier. Kategorierna i sin tur delades in under ett tema. I slutänden av analysen innebar detta att det under temat fanns kategorier med respektive underkategorier. Underkategorierna i sin tur bestod av koder med meningsbärande enheter. (Se tabell 1).

Tabell 1. Utdrag ur analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Under-kategori	Kategori	Tema
Jag var så sjukt imponerad av personalen och all stöttning och hjälp, jag hade aldrig klarat det här utan personalens hjälp.	Jag var imponerad av personalen och allt stöd jag fick. Hade aldrig klarat mig utan deras hjälp.	Personalen gav stöd	Personalens stöd	Stöd	Element som ligger till grund för trygghet vid hemgång från BB.
Allt hade gått bra, jag mådde bra och min lilla flicka mådde bra, det kändes jätteskönt.	Allt hade gått bra, jag och min flicka mådde bra.	Jag och mitt barn mådde bra	Kvinnans och barnets välmående	Hälsa	Element som ligger till grund för trygghet vid hemgång från BB.

Etiska aspekter

Studien har följt Vetenskapsrådets standardiserade etiska regler gällande informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Författarna har tagit hänsyn till *informationskravet* genom att muntligt och skriftligt informera deltagarna om studiens syfte, upplägg, kontaktuppgifter till oss och vår handledare samt vad ett deltagande i studien innebär. *Samtyckeskravet* togs i beaktning genom att kvinnorna informerades muntligt och skriftligt om att deltagandet var frivilligt, att medverkan till intervjun innebär ett godkännande att delta och att avbrytande kunde ske när som helst om så önskas.

Konfidentialitetskravet hanterades genom att tillämpa sekretess och tystnadsplikt angående informanternas medverkan. Kvinnorna informerades om att intervjumaterialet behandlas konfidentiellt genom att allt material avidentifieras och alla transkriberingar görs av författarna själva. Vidare delgavs informanterna om att all inhämtad data kommer att raderas efter att studien är klar. *Nyttjandekravet* tog hänsyn till genom att endast använda de insamlade uppgifterna för forskningsändamål. I enlighet med Kjellström (2012) presenterades inte någon personlig karaktäristisk information i resultat eller citat, detta för att skydda mammornas identiteter.

Vidare utgår studien från Medicinska rådets (2000) grundläggande etiska principer då hänsyn tagits till *autonomiprincipen* där informanternas integritet, värdighet och sårbarhet har beaktas. *Rättviseprincipen* beaktades genom att informanterna behandlas lika utifrån behov. Författarna var förberedda och lyhörda för om informanterna skulle återuppleva jobbiga minnen eller erfarenheter i samband med intervjuerna. Genom att alla informanter har bemötts med respekt och medmänsklighet har författarna även handlat utifrån *godhetsprincipen*. Med risk för att informanterna eventuellt besitter information och minnen om traumatiska händelser eller negativa känslor/tankar kopplat till tidigare graviditet eller förlossning har författarna varit noga med detta förhållningssätt under genomförda intervjuer och därmed tagit *principen om att inte skada* i beaktning. Trots att nyblivna mammor kan ses som en sårbar grupp gjordes ingen etisk prövning eftersom studien är gjord inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (Sveriges Riksdag, 2020).

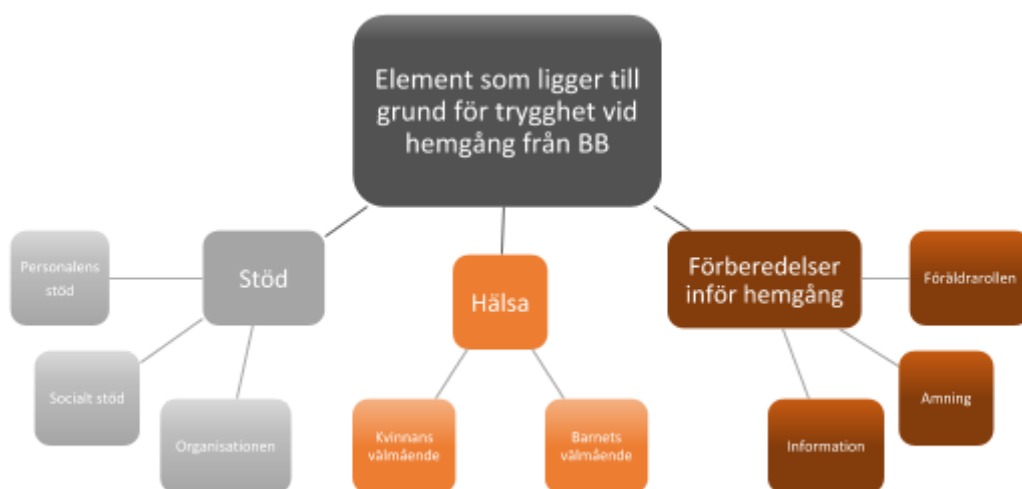
Resultat

Vid tidpunkten för intervjuerna var kvinnorna mellan 27-33 år och alla levde i en heterosexuell relation tillsammans med barnafadern. Sju av de åtta kvinnorna var 100% föräldralediga, en kvinna arbetade deltid och en annan tänkte dela föräldraledigheten med barnets far när barnet blivit 6 månader. De övriga kvinnorna planerade att vara föräldralediga från sin huvudsakliga sysselsättning på heltid i minst ett år från det att barnets fötts. Under graviditeten arbetade sex av kvinnorna, en studerade på heltid och en kvinna kombinerade studierna med deltidsarbete. Kvinnorna hade antingen ett arbete som kräver högskoleutbildning eller studerade på högskolenivå.

Vårdtiden efter förlossningen var 6-24 timmar och alla helammade vid hemgång från BB. Alla kvinnor som intervjuades hade vid tidpunkten för hemgång fått skatta sin helhetsupplevelse under vårdtiden med hjälp av VAS-skalan. Kvinnorna återgav sin VAS-skattning med siffror från 6 till 10, med ett medeltal på 8,3, vilket enligt VAS-skalan tyder på att samtliga kvinnor upplevde vårtiden som bra eller väldigt bra.

Alla kvinnor hade en bra förlossningsupplevelse: fem kvinnor skattar *förlossningen* som bra och tre upplevde den som mycket bra. *Vårdtiden på BB* skattades som varken bra eller dålig av tre kvinnor, bra av en kvinna och mycket bra av fyra kvinnor. Ingen av kvinnorna mådde *fysiskt* dåligt vid tiden för hemgång: Två kvinnor mådde varken bra eller dåligt, fem mådde bra och en mådde mycket bra. Den *psykiska hälsan* skattade samtliga kvinnor som bra, fem av kvinnorna uppgav att de mådde mycket bra och tre mådde bra. Kvinnornas partners var närvarande under förlossningen och fram till hemgång från BB.

Analysen av intervjuerna resulterade i temat: *Faktorer som påverkar trygghet*, och tre kategorier: *stöd, hälsa och förberedelse inför hemgång*. (Se figur 1)



Figur 1. Översikt över resultat

Element som påverkar trygghet

Förstföderskornas upplevelse av trygghet påverkades av hälsofaktorer under graviditet, förlossning och eftervård men även utifrån individuella, sociala och organisatoriska förutsättningar. Det genomgående temat i intervjuerna var att ett okomplicerat förlopp där mamma och barn mår bra, amningen fungerade och att det fanns en social trygghet med relationer och tryggt boende var förutsättningar som gjorde mammorna redo att gå hem inom ett dygn efter förlossningen.

Alla var välinformerade och hade en positiv känsla för att komma hem. De fann hemmet som den tryggaste miljön under förutsättning att mamma och barn var välmående. Tillsammans med hälsan framhölls personalen, med sitt stöd och sin kompetens, som det absolut mest betydelsefulla för upplevelsen av trygghet inför hemgång från BB.

Uppföljningen efter hemgång var av stor betydelse för kvinnorna och de var överens om att informationen från BB är viktig men att det var för mycket att ta in. Andra möjligheter till förbättring var riktad mot organisationen och handlar om stressad personal och sympatier för barnmorskornas arbetsbelastning.

Stöd

Personalens stöd

Att föda barn och bli förälder för första gången beskrivs som en omvälvande och känslofylld upplevelse. Det var tydligt hur viktigt barnmorskans stöd var för mammorna under vårdtiden. Kvinnorna betonade att personalens närvaro var en bidragande faktor för trygghet. En mamma berättade vad som bidrog till den trygghet hon upplevde inför hemgång:

“...det var att jag tänkte att allt hade gått bra, så att personalen gav trygghet. Jag kände mig sedd. Ja men jag fick liksom hjälp och svar på alla de frågor vi hade, och sånt där så att det kändes, det kändes naturligt att gå hem. Vi nästan längtade redan, fast vi gick hem så tidigt.” (Intervju 8)

Mammorna var mycket nöjda med stödet de fått från personalen och återkom till detta flera gånger under intervjuerna. Vetskapen om att bli omhändertagen och ha möjlighet att få hjälp av engagerad personal var extra viktigt som förstagångsförälder, en mamma säger:

“...personalen var fantastiska, man märkte att de älskar sitt jobb. De tog sig tid att visa och förklara grejer som vi inte hade någon aning om. Det här var ju vårt första barn liksom.” (Intervju 6)

Personalens bemötande och kompetens var något som gjorde att mammorna gjorde kände sig trygga under vårdtiden:

“...Sjukt imponerad av personalen och all stöttning och hjälp man fickJag känner att jag aldrig i hela mitt liv klarat det här utan personalen, åh så att nej jag var helt alltså mållös, jätteimponerad av jobbet som ni gjorde för mig.” (Intervju 1)

Tilliten till personalen hade en tydlig inverkan på kvinnornas upplevelse av trygghet och många uttryckte stor tacksamhet för hjälpen de fått under vårdtiden.

“...jag tyckte all personal var jätteduktiga och så hade det gått jättebra så jag fick ju information, både muntlig och skriftligt, eh hh jag tycker alla var så fina och duktiga, så det kändes hur bra som helst.” (Intervju 3)

Några tar upp att personalkontinuitet var en faktor som stärkte känslan av trygghet.

“...jättebra att det är samma personal, alltså så här det var ju inte sådär att det sprang olika människor där inne (...) asså det var ju bara typ två stycken som var inne, eh som hade hand om oss, eh så det var ju skönt att det var samma personal, vilket såklart ger trygghet. ”

(Intervju 1)

Socialt stöd

De sociala relationerna med partner, familj eller vänner hade en central roll för upplevelsen av trygghet inför hemgång. Alla mammor beskriver att de trivs bra hemma och har personer i sin omgivning som stöttar och bryr sig, en mamma berättar:

“....det var härligt att komma hem, mina föräldrar följde med upp, dem lämnade av vår hund, det var mysigt liksom att bara få komma hem och va familj för första gången.”(Intervju 2)

Alla kvinnor hade sin partner med under förlossning och eftervård och partners stöd lyfts fram av några kvinnor:

“Hade aldrig gått utan det enorma stödet från min man” (Intervju 8)

Praktiskt stöd och fysisk närhet till familjen var också något som framkom som en trygghetsfaktor inför hemgång. Även närheten till sjukhus nämndes:

“Jag trivs jättebra hemma. Jag vill börja allt, bli familj på riktigt. Det var så nära att komma tillbaka, om det skulle behövas, bor jätte nära XXX (sjukhuset). Vi har bil. Vi har väldigt stort kontaktnät nära och så. Eh mamma och pappa nära, brorsorna nära. Vi har bil. Jag hade liksom allt kände jag för att känna mig trygg.” (Intervju 4)

Stöd från sin egen mamma kunde ge extra trygghet eftersom hon själv har erfarenhet av att föda och ta hand om småbarn:

“....jag tror inte mer information hade hjälpt, jag hade nog velat ha nån där som bara kunde bara se oss och prata. Sen kom mamma och då blev det bättre. Man vill bara ha en annan vuxen människa där som har haft barn tidigare och bara kan allt.”

(Intervju 3)

Organisationen

Tiden för hemgång, stressad personal och uppföljning är viktiga organisatoriska delar som påverkar de nyblivna mammornas känsla av trygghet inför hemgång.

Hem i rätt tid

Vid tidpunkten för hemgång kände sig alla kvinnor trygga att gå hem. Att vara i sin egen hemmiljö gav en känsla av lugn och ro vilket kvinnan i intervju 6 intygar:

“....jag var nöjd med allt. Både jag och min sambo tyckte att det var en fantastisk upplevelse (....) vi kände oss väldigt trygga när vi skulle gå hem och mycket av det var tack vare personalen. Så höj lönen politiker!” (Intervju 6)

Att komma hem och kunna vara ifred gjorde det var lättare att sova och de nyblivna föräldrarna kunde äntligen landa som familj och starta sitt nya liv. En mamma beskriver sin känsla av att komma hem:

“Jag ville bara hem och bara hem till min säng och vi beställde pizza och det var bara så här... det var jätteskönt att komma hem. Så jag vet inte alltså jag tror absolut inte att det hade blivit bättre om jag hade stannat längre. Utan det var bra, jag var nöjd. “ (Intervju 1)

Alla upplevde att de gick hem i rätt tid och anser inte att en annan vårdtid hade inverkat på deras känsla av trygghet vid hemgång. Delaktighet i beslutet om hemgång visade sig vara en avgörande faktor för känslan av trygghet vid hemgång.

“Det var ju ett eget val, vi behövde ju inte åka hem, och det i sig var också väldigt tryggt. Jag frågade barnmorskorna och de svarade ni får göra som ni vill, och då var det ju så att dem här faktorerna nej men jag åker hem. Det kändes bra.” (Intervju 4)

Problem som kan uppkomma efter hemgång har i efterhand bidragit till känslan av att en längre vårdtid hade hjälpt, men vid hemgång var alla delaktiga i beslutet och kände sig trygga med det. En kvinna som fick amningsbesvär i hemmet beskriver att mer amningsstöd hade hjälpt henne i den situationen:

“...hade jag stannat två dagar så hade jag varit tryggare då, men som sagt eftersom jag inte visste att jag behövde den hjälpen så var jag ju lika feg när jag åkte hem...”
(Intervju 3)

Stress

Det framkommer under intervjuerna att några upplever personalen på BB som stressade vid ett par tillfällen. Stressen orsakade bl.a. längre väntan och otydliga besked från olika barnmorskor. Trots detta finns förståelse för den stressiga arbetsmiljön, en kvinna berättar:

“De hade väldigt lugnt, sa dem när vi väl födde barn och jag var så tacksam att jag fick så mycket uppmärksamhet under hela förlossningen. Så att de hade mycket att göra sen det gjorde ingenting, man förstår ju verkligen, det ligger ju andra och föder barn.” (Intervju 3)

I en del intervjuer framkom upplevelsen av att barnmorskorna hade mycket att göra och att det ledde till längre vårdtid än nödvändigt:

“Vi blev lite bortglömda där på rummet, vi längtade hem men tror att personalen hade mycket att göra, kändes som att vi var kvar längre än vad vi egentligen behövde...” (Intervju 8)

På frågan om förslag till förbättringar för att stärka känslan av trygghet säger en mamma:

“Ja men mer personal! Men det känns ju inte som om det är barnmorskornas fel utan politikernas fel.” (Intervju 5)

Uppföljning

En avgörande faktor för att känna trygghet efter hemgång var möjligheten att när som helst kunna ringa en barnmorska. Alla kvinnor fick inför utskrivning kontaktuppgifter till BB och uppmanades att ringa vid frågor eller funderingar:

“Jag fick också ett nummer som jag kunde ringa tjugofyra timmar om dygnet. Vet inte hur jag hade kunnat känna mig tryggare än vad jag redan gjorde” (Intervju 6)

I samband med utskrivning blev alla kvinnor enligt rutin erbjudna att få ett telefonsamtal från en barnmorska dagen efter hemgång vilket uppskattades av mammorna:

“...dem ringde ju mig en dag efter jag gått hem, och frågade om allt gick bra. Det var en trygghet tycker jag. Då hade man ju byggt upp lite och frågade (...) Så då fick jag ändå den hjälpen jag behövde liksom. Det var ju väldigt skönt...” (Intervju 4)

Kvinnorna som ringt för rådgivning var nöjda och tyckte de fått snabb återkoppling på sina frågor. En mamma som fick mjölkstockning i hemmet berättar:

“...ringde vi till förlossningen och berättade och så... då hade jag ändå försökt klämma och använda allt möjligt, det gick inte att pumpa heller, det hade inte runnit till riktigt (...) så de bokade in oss jättefort då det fanns någon tid på amningsmottagningen.” (Intervju 1)

Det var tryggt att ha ett inbokat återbesök på sjukhuset för ytterligare uppföljning av sitt eget och barnets välmående. Möjligheten att diskutera eventuella problem eller frågor var viktigt och en mamma säger:

“... jag hade hyfsat bra koll och vill gärna klara mig själv så det var skönt. Sen skulle man tillbaka på återbesök...så då visste man att man kunde fråga då. (...) Och eftersom det bara var två dagar efter vi kommit hem så gör ju det inte så stor skillnad liksom.” (Intervju 7)

Alla uppskattade att få ett telefonsamtal av barnmorskan dagen efter hemgång. Det framkom bland annat förslag om att ha videosamtal istället för telefonsamtal. Vissa önskade även fler

telefonsamtal, eller att barnmorskan ringt tidigare eller senare än dagen efter hemgång. Önskemål om senare samtal kunde handla om att först hinna landa hemma och få tid att känna efter. I motsats till detta beskriver en annan kvinna, som födde på morgonen och gick hem på eftermiddagen, att hon gärna blivit uppringd redan första kvällen:

“...jag tycker aldrig det stör, det är nog oftare man själv inte vågar ringa om man har en fråga, (...) var lite lång tid kanske, känns ju som en evighet att vänta ett och ett halvt dygn. Det händer ju så mycket med barnet så där i början” (Intervju 8)

En kvinna berättar att hon upplever att det finns föreställningar om hur länge en förstföderska bör stanna på BB och fick höra både positiva och negativa kommentarer om detta från vänner och bekanta. Hon berättar även om en negativ kommentar från barnläkaren vid återbesöket:

“...jag fick även en gliring av barnläkaren där på PKU testet, där han sa – Hade du bråttom hem eller? Eh, så. Det kan jag känna lite så här, nej jag var trygg och ville hem. Det är väl inget konstigt. “(Intervju 4)

Hälsa

Det okomplicerade förloppet och en bekräftelse på att allt ser bra ut med mammans och barnets hälsa var en av de mest framträdande faktorerna för upplevelse av trygghet inför hemgång.

Kvinnans välmående

Den psykiska hälsan vid tiden för hemgång från BB skattades som bra eller mycket bra hos alla som intervjuades. Många berättar om känslor av glädje och lycka under de första dagarna som nybliven förälder, så här beskriver en kvinna känslan innan hemgång:

*“...så lycklig att allt hade gått bra! Lite känslor all over the place men på ett bra sätt. “
(Intervju 5)*

En mamma berättade om sin förlossningsrädsla och att hon trots den jobbiga förlossningen var nöjd:

“Föda barn har varit en skrämmande sak för mig. Eh så att väldigt mycket lättnadskänsla och såklart lycka över att fått ett barn. Eh men en lättnadskänsla var nog det största jag kände skulle jag nog säga.” (Intervju 1)

Det okomplicerade förloppet under vårdtiden ingav trygghet inför hemgång och ingen av mammorna eller barnen hade några riskfaktorer:

“ Allt kändes så bra, vi hade inga direkta problem och mådde bra så det kändes naturligt att åka hem!” (Intervju 8)

Ingen av kvinnorna mådde fysiskt dåligt efter förlossningen, en kvinna berättar:

“... och sen kroppen, kände inte att jag hade fött barn för några timmar sen.” (Intervju 4)

Det var tryggt att få bekräftat av personalen att allt såg bra ut bra med sitt eget hälsotillstånd:

“Allt hade gått bra och även fått det bekräftat av personal vid ett flertal tillfällen. (...) Jag litar ju mycket på att dem som vårdar kan sitt jobb..”(Intervju 4)

Det förekom även en osäkerhet kring det fysiska och psykiska måendet efter förlossningen och hur det skulle kännas. Oro för Covid 19-pandemin återkom i flera intervjuer, en oro som kommit inför förlossningen. En kvinna berättar om sina funderingar om att inte få plats eller att partnern inte skulle få följa med till sjukhuset:

“...jag var inne på xxx:s hemsida nästan varje dag innan förlossningen och läste, jag var ju mest orolig över att X inte skulle få med på förlossningen för Corona (...) uppfattade det som att det var tidig hemgång som gällde, då blev jag först ganska ledsen och nervös för att jag inte visste vad jag skulle vänta mig.” (Intervju 3)

Flera familjer hade hört att tidig hemgång rekommenderas på grund av pandemin och var förberedda att åka hem första dygnet efter förlossningen:

“ Var nervös innan att man inte skulle få någon plats och så, sen fick vi ju stanna kvar på BB, vilket var skönt. Man hade ju hört på grund av Corona behövde man gå hem tidigt. Eh oroade mig mycket i onödan på grund av Corona-skiten!” (Intervju 6)

Oron för Covid 19-pandemin kunde vara fortsatt närvarande under tiden på BB vilket ökade motivationen för den här familjen att åka hem inom ett dygn efter deras barn fötts:

“Det var någon som hade Corona när vi var där för min man gick och hämtade ut mat och såg då personal med skyddskläder. Det kändes läskigt. (...) det här med Corona gjorde mig inte otrygg, mer redo för att gå hem.” (Intervju 5)

Barnets välmående

Barnets hälsa och välmående var en förutsättning för mammornas trygghet inför hemgång. En mamma berättar att barnets välmående var den faktor som hade den enskilt största påverkan på tryggheten:

“ Vår bebis var frisk, det var allt som betydde något” (Intervju 7):

Det var viktigt att få bekräftat av personalen att allt såg bra ut med barnet.

“ Det var så skönt att vår lilla tös mådde bra, skönt att få det bekräftat” (Intervju 8)

Inför hemgång kontrolleras barnet av barnmorska och läkare barnets välmående

“...X mådde bra. Alla test som de gjorde var bra (...) hon tog bröstet och eftersom hon gjorde det så kändes det också tryggt och bra att åka hem. ” (Intervju 2)

Förberedelse inför hemgång

Information

Det var viktigt för mammorna och deras partners att få tillräcklig information inför hemgång för att känna sig trygga.

*“...jag kände mig väldigt trygg när jag åkte hem, vi hade också fått den informationen som vi skulle och jag mådde ju bra och X mådde ju bra och sådär.”
(Intervju 3)*

Många hade tagit del av information under graviditeten men det var vanligt att fokus då låg på förlossningen och praktiska förberedelser. Därför kändes det skönt att kunna ställa frågor och få information om första tiden med barnet på BB:

“Ja men jag fick liksom hjälp och svar på alla de frågor vi hade, och sånt där så att det kändes, det kändes naturligt att gå hem” (Intervju 1)

En återkommande kommentar under intervjuerna var att det var svårt att ta till sig den stora informationsmängden:

“...det är mycket information, och man är inte så mottaglig tror jag. Alltså man är ju någon annanstans även fast man tänker att man lyssnar så är det så här, ja sen efteråt, gu vad sa hon? Men jag vet inte vad man kan göra, hur man ska göra det tydligare. ”(Intervju 1)

Mammorna tyckte att de fick tillräckligt med information på BB men nya funderingar kunde dyka upp i hemmet beroende på vad familjerna hade problem med. En kvinna med amningsproblem önskade då mer information om amning. och en annan hade funderingar om vad som är normalt när det gäller barnskrik och andningsmönster. I vissa fall fanns bristande information i samband med barnläkarundersökningen. Det handlade om att inte få information om när undersökningen ska göras och att båda föräldrarna inte erbjöds att delta. Informationen om var familjerna skulle vända sig för frågor efter hemgång var däremot

tydlig. Majoriteten av mammorna delade den bilden men det fanns också andra tankar, en kvinna säger:

“..det var lite förvirrande, för det var så här många veckor har du på att höra av dig hit och sen hör du av dig till din barnmorska ehh och sen hör du av dig till BVC (....) Så jag tänkte bara, om det skulle va nånting så ringer jag 1177 så får dem säga vart jag ska ringa.” (Intervju 2)

När det gällde förslag på förbättringar fanns önskemål att partnern skulle involveras mer för att avlasta mamman.

“... kändes som mycket låg på mig (....) lyssnade men registrerade inte allt som hon sa liksom, var som en bubbla. Så mer fokus på partner kanske... men han kunde ju också tagit för sig på ett annat sätt.” (Intervju 7)

Amning

Alla barn helammades, och en fungerande amning vid hemgång var en förutsättning för att känna trygghet. Under intervjuerna framkommer kommentarer som dessa:

“... jag ville att amningen skulle att det skulle se bra ut liksom och att hon, hon tog bröstet och eftersom hon gjorde det så kändes det också tryggt och bra att åka hem.” (Intervju 2)

För att få bekräftelse på att amningen fungerade upplevde mammorna att det var viktigt att en barnmorska observerade amningen vid ett eller flera tillfällen under vårdtiden. En mamma beskriver att det kändes som ett kvitto på att det var ok att åka hem:

“Fick bekräftelse på amningen och att han sög med rätt tag så det gjorde ändå att jag kände mig trygg när jag gick hem” (Intervju 8)

Undersköterskans stöd vid amningen var också viktig:

*“Barnmorskan och undersköterskan stöttade och bekräftade att amningen såg bra ut”
(Intervju 7)*

Mammorna var tacksamma att personalen utgick från deras enskilda behov av amningsstöd. En mamma berättar att hon uppskattade att hennes önskemål och integritet respekteras:

“...jag är inte jättebekväm med att någon står och klämmer på mina tuttar liksom. Eh men nu var ju barnmorskan väldigt bra (...) Jag kunde även jobba med det lite själv och sen tryckte jag bara på klockan så kom dem in och såg att han har tag. ”(Intervju 4)

Kvinnorna som fått amningsbesvär efter hemgång fick den kompletterande hjälp de behövde via rådgivning med barnmorska på telefon, via BB-mottagningen eller vid återbesöket hos barnmorskan några dagar efter hemgång. En mamma som fick hjälp med amningen under återbesöket berättar:

“Amningen gick ju bra, men jag fick jätteont av att hon ammade, det blödde ju och jag grät ju när jag ammade för att det gjorde så ont. Eh sen fick jag en sån där amningsnapp på återbesöket som gjorde underverk.” (Intervju 3)

Det kunde till en början vara svårt för mammorna att veta om barnet fick i sig tillräckligt med bröstmjolk, vilket skapade en känsla osäkerhet. En kvinna berättar att barnmorskans stöd hjälpte:

“När jag gick hem helammade jag, men är inte säker på hur mycket han fick i sig (.....) Fick bekräftelse på amningen och att han sög med rätt tag. Så det gjorde ändå att jag kände mig trygg när jag gick hem.” (Intervju 5)

Föräldrarollen

Att bli förälder för första gången innebar blandade känslor, dels längtan efter att komma hem och starta sitt nya liv med en liten bebis men även osäkerhet inför den nya rollen som förälder. Trots förberedelser inför föräldraskapet under graviditeten upplevdes den första tiden som förälder både som spännande och utmanande, en mamma berättar:

“....Så det var lite, lite svårt, och som sagt man vet inte innan hur det är att ha en bebis. Jag trodde jag var förberedd men det blev en chock ändå måste jag säga.”
(Intervju 3)

Mamman i intervju 6 hade en liknande upplevelse:

“....hon var så liten och man var rädd att man skulle göra fel, eller glömma hålla vid nacken, att det skulle hända något med henne. Nu är det här vår, vi har ansvar över henne....” (Intervju 6)

Stödet från personalen var viktigt för att lära sig att sköta om barnet och förstå bebisens signaler:

“Min man fick hjälp med att byta blöja och hur man tvättar bebisen, eh vi var lite osäkra från början men ju fler gånger vi försökte så gick det ju lättare och lättare.”
(Intervju 8)

Personalens kunde även bidra till att stärka kvinnorna i rollen som mamma:

“...absolut trygghet och också stärkt i min roll som mamma. Sen en annan känsla jag hade var ju lättnad. Allt hade gått bra, jag mådde bra och min lilla flicka mådde bra och det kändes jätteskönt.” (Intervju 6)

Upplevelserna av osäkerhet inför föräldrarollen var inget som påverkade tryggheten negativt inför hemgång:

“Nej inte otrygg, alltså inte mer än att man är nybliven mamma och förstagångsföderska och inte vet allt liksom. Men jag kände att det kanske inte är någonting som hjälper mig mer där än hemma.” (Intervju 4)

Diskussion

Metoddiskussion

Inom det kvalitativa forskningsfältet används enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2018) begreppet trovärdighet för att visa om resultaten är giltiga. De menar att trovärdigheten är motsvarigheten till validitetsbegreppet inom den kvantitativa forskningen. Begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet, förståelse och reflexivitet används inom den kvalitativa forskningen för att beskriva trovärdigheten (Polit & Beck, 2018). Nedan kommer vi diskutera vår studies utifrån dessa begrepp.

Svagheter

Det kan ses som en svaghet var att gruppen sett till demografiska data var så homogen som den var, vilket var något som överraskade oss och kan ha en påverkan på överförbarheten. Homogeniteten i sin tur kan troligtvis vara en orsak till att deltagarnas svar under intervjuerna till stor del påminde om varandra.

En eventuell svaghet kan vara att intervjuerna bara varade i genomsnitt i 23 minuter. Vi uppfattade dock att vi trots detta fick ett innehållsrikt material. En annan potentiell svaghet var att exkludera mammor som inte kunde genomföra en intervju på svenska. Ingen fråga ställdes om etnicitet under intervjuerna och vi vet därför inte om mammorna var födda i Sverige eller i ett annat land utan hänsyn togs enbart till möjlighet att genomföra en intervju på svenska. I och med detta minskar sannolikt kulturella variationer i resultatet och därmed möjligheten att få fenomenet belyst ur ett vidare perspektiv.

Trovärdighet

Forskningen syftar till att påträffa ny kunskap, men då det finns olika synvinklar i hur verkligheten ser ut och kan tolkas så behöver trovärdigheten av studier alltid bedömas (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2018). Syftet har besvarats med den valda metoden och vi har försökt ha en röd tråd genom hela arbetet vilket enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2018) är ett sätt att bedöma kvalitativa studiers trovärdighet. De menar att allt ska hänga samman genom att bakgrunden ligger till grund för syftet, resultatet svarar på syftet och att resultatet diskuteras i koppling till fynd som är relevanta för syftet.

Vi har även försökt förbättra trovärdigheten genom att följa vår intervjuguide. Frågorna skapades med stöd av vår handledare och med inspiration av tidigare studier för att på bästa sätt vara relevanta för studiens syfte. Vidare har vi i enlighet med Lundman & Hällgren-Graneheim (2018) noggrant beskrivit de olika stegen i analysarbetet och trovärdigheten har därigenom stärkts. Vidare har trovärdigheten ökat genom att transkriberingen av intervjuerna skett korrekt och för att vi under hela analysprocessen diskuterat olika tolkningsmöjligheter för att valet av koder, kategorier och tema skulle kännas självklart (Graneheim & Lundman, 2004). I enlighet med Danielsson (2002) gjordes även en pilotstudie i syfte att säkerställa att frågorna uppfattades på rätt sätt och inte kunde misstolkas. Vidare har citat presenterats i resultatet för att öka studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

En styrka i studien anser vi vara att deltagarna fött barn under ett tidsspann på två månader och att det inte gått mer än fyra-fem månader från förlossningen till dess att intervjuerna ägde rum. Detta gör att alla utifrån den aspekten har samma möjlighet att återskapa minnen.

Valet att exkludera kvinnor med riskfaktorer eller komplikationer under graviditet, förlossning eller eftervård hade att göra med att vi var intresserade av att undersöka just den grupp av kvinnor och barn som kategoriseras som friska och inte har uppenbara faktorer i sin omgivning som påverkar deras känsla av trygghet. Genom att undersöka friska förstföderskor som fött ett friskt och välmående barn vaginalt och utan komplikationer kunde vi lättare studera vårdens effekt på upplevelsen av trygghet.

Pålitlighet

Studiens pålitlighet handlar om hur väl alla data hanterats och hur vi fattat beslut vid tolkningen av materialet som samlats in (Graneheim & Lundman, 2004). Vi läste, oberoende av varandra, igenom all data, och diskuterade sedan tillsammans fram olika alternativ innan de slutgiltiga temat, kategorierna och underkategorierna fastställdes. Under dataanalysen fanns en dialog tillsammans med handledaren för att säkerställa att vi genomförde analysen korrekt.

Överförbarhet

Bedömningen av överförbarhet har att göra med i vilken grad resultatet från en studie kan överföras till en liknande grupp som den som studerades (Lundman & Hällgren-Graneheim,

2018). Överförbarheten förbättras genom att vi tydligt beskrivit vilka som deltagit i studien, hur de valdes ut samt redovisat deras demografiska data (Lundman & Hällegren-Graneheim, 2018). Det framkom att alla mammor vi intervjuat hade en social trygghet med boende, sambo, socialt nätverk, huvudsaklig sysselsättning i form av arbete eller studier samt att alla bodde i områden med låg social utsatthet. Det fanns inga språkbarriärer och det förekom varken fysisk- eller psykisk ohälsa efter förlossningen. Vilket sjukhus urvalet skett ifrån och att rekryteringen bara gjordes från ett sjukhus anser vi inte ha någon större betydelse för resultatet eftersom gruppen friska svensktalande mammor utan riskfaktorer skulle varit likvärdig även i andra delar av Stockholm. Det går dock inte att utesluta att sociodemografiska faktorer kan påverka kvinnans val av förlossningsklinik. Enligt Vårdgivarguiden (2020) framkommer att alla gravida kvinnor i Region Stockholm från graviditetsvecka 25 fritt får välja bland de sex olika förlossningsklinikerna i mån av ledig plats. Vilken klinik kvinnan väljer görs i samråd med barnmorskan på mödravården och vi ser att valet kan påverkas utifrån vilken del av Stockholm hon är bosatt. Då kliniken vi gjort urval från ligger i ett välbärgat område kan detta ha haft inverkan på resultatet med tanke på olika sociodemografiska förutsättningar. Potentiellt är resultaten från studien överförbara till andra förlossningskliniker i Sverige under förutsättning att kvinnan uppfyller inklusionskriterierna vi haft i studien och inte bor för långt ifrån sjukhuset.

I och med Covid 19-pandemin var mammorna även motiverade och förberedda på att lämna sjukhuset redan första dygnet postpartum under förutsättning att allt såg bra ut den egna och barnets hälsa. Pandemin drabbar alla och den ses därför inte som ett hinder för överförbarhet, under förutsättning att rekrytering sker från en likvärdig grupp mammor som i denna studie.

Förförståelse och reflexivitet

Förförståelse syftar till det ”bagage” som forskaren har med sig in i ett forskningsprojekt och är något som kan riskera att påverka en studies resultat (Malterud, 2009). Enligt Lundman & Hällegren-Graneheim (2018) kan förförståelsen prägla analysen men även möjliggöra till djupare förståelse och därmed möjlighet att finna ny kunskap. I studien tillämpade vi så kallad reflexivitet. Det handlar om att förbättra kvaliteten i en studie genom att författarna reflekterar över hur de personliga värderingarna och erfarenheterna påverkar förförståelsen till det som studeras. (Priebe & Landström, 2012). Vi är båda blivande barnmorskor som har

erfarenhet av att arbeta på BB, men vi är även mammor och har personliga erfarenheter av att vara att vara nybliven förälder och patient på förlossningen och BB. Vår förförståelse kan både ses som en styrka och samtidigt även som en potentiell svaghet. En styrka kan vara att vår egen erfarenhet av eftervård tillsammans med våra personliga erfarenheter gett oss en större möjlighet till att uppfatta alla de nyanser som förmedlades under intervjuerna. En potentiell svaghet kan ha varit att vi inte lagt märke till allt mammorna förmedlade utan det var underförstått hos oss vad de menade. Vi försökte minska den risken genom att båda medverkade vid alla fysiska intervjutillfällen, vilket var hälften av alla intervjuer. På så sätt minskade risken för feltolkningar av det mammorna berättade vilket stärker studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2018). Vi upplevde att vi för varje intervju blev bättre på att lyssna och ställa relevanta uppföljande frågor.

Hälften av intervjuerna gjordes via videosamtal och det var helt upp till kvinnorna att välja vart intervjun skulle äga rum - i hemmet, på webben eller i ett enskilt rum på Karolinska institutet. Syftet med det var att kvinnorna skulle känna sig så bekväma som möjligt men det handlade även om hänsyn till det rådande läget med Covid 19-pandemin. Vid intervjutillfällena på webben kändes det mest naturliga att enbart en av oss genomförde intervjun. Vid två av dessa fyra tillfällen, när möjlighet fanns, satt den andre författaren med vid sidan av för anteckna och vid behov komma med förslag på relevanta följdfrågor. Vi hade till avsikt att i början av mötet med mammorna försöka skapa en förtroendefull och avslappnad stämning i syfte att möjliggöra större trygghet för dem att öppet berätta om sina erfarenheter. Det är något vi anser att vi lyckades uppnå genom att samtala med mammorna innan vi påbörjade intervjuerna och ljudinspelningen. Kvinnorna som intervjuades var generösa med sina svar vilket ledde till ett innehållsrikt material.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att utforska förstföderskors upplevelse av trygghet vid hemgång från BB. Det genomgående temat har handlat om vad som bidrar till upplevelsen av trygghet.

Tryggheten har kategoriserats som stöd, hälsa och förberedelse inför hemgång.

Stöd i form av personalens stöd, socialt stöd och organisationen. *Hälsa* har handlat om kvinnans och barnets välmående. *Förberedelsen inför hemgång* har innefattat information, amning och föräldrarollen.

Resultatet har tolkats utifrån att tryggheten påverkas av de individuella, sociala och organisatoriska förutsättningar kvinnan har. Kvinnans erfarenheter, livssituation och sociala nätverk påverkar upplevelsen av trygghet, men det gjorde även faktorer inom sjukvården, som personalens bemötande och kompetens samt hur vården är organiserad.

I resultatet har tre huvudfynd identifierats vilka kommer att diskuteras nedan. Dessa huvudfynd handlar om att *personalens har en avgörande roll* för upplevelsen av trygghet, *att rätt förutsättningar bidrar till trygghet* samt att kvinnorna överlag var nöjda med vården och ville åka hem redan inom första dygnet efter att barnet fött, ett fynd vi kallar för *borta bra men hemma bäst*.

Personalen har en avgörande roll

Hur sjukvården påverkar tryggheten är något kvinnan har kontroll över eller möjlighet att påverka på samma sätt som exempelvis hennes förberedelser inför föräldraskapet. Personalen har därför en betydande roll för hur tryggheten kommer falla ut och det har visat sig att *barnmorskans roll har en central betydelse för kvinnans upplevelse av trygghet* i samband med hemgång (Socialstyrelsen, 2019b). Under intervjuerna i vår studie framkommer personalens bemötande, närvaro och kompetens som en del av den starkaste länken till trygghet. Å andra sidan nämns *stressad personal* och mer väntan på hjälp som en faktor som några mammor upplevt men där tilliten till personalen har kompenserat upp för organisatoriska brister i form av hög arbetsbelastning. Stressad personal som inte hade tid är något som även framkommit i en större enkätundersökning som Socialstyrelsen (2019b) genomfört. Vidare upplevde mammorna i studien att eftervården för kvinnan var bristfällig och behöver prioriteras då de ansåg att det finns behov av mer hjälp och stöd från personalen vad gäller sig själv med fysisk och psykisk återhämtning men även gällande barnet och då framförallt amningen. (Socialstyrelsen, 2019b)

En stor enkätundersökning har genomförts av Socialstyrelsen (2017) för att kartlägga *hur vården bedrivs och organiseras*. Ledningen i totalt 20 av 21 regioner i Sverige medverkade och det visade sig att hög arbetsbelastning i kombination med kortare vårdtider ökar risken för tidsbrist för personalen. Det i sin tur kan orsaka att kvinnorna och deras familjer inte får den individanpassade och säkra vården de behöver när det gäller återhämtning, stöd och information efter förlossningen. Med bakgrund till detta känns det angeläget att komma till

bukt med organisatoriska förutsättningar för att minska *arbetsbelastningen och stressen* bland barnmorskor på förlossning och BB. Alla som intervjuades uttryckte stor tacksamhet över personalens insats och många menar att personalens stöd var avgörande för känslan av kontroll och trygghet. De hade förståelse för att personalen var stressade, uttryckte sympati för detta och tyckte även det vore bra att öka personaltätheten för att avlasta den stressade personalen. I vår studie framkommer även att barnmorskan genom sin kompetens, närvaro och sitt stöd stärkte självtilliten för några av kvinnorna. Detta är även något som framkommer av Löf et als. studie (2006) där de fann att positiv uppmuntran från barnmorskan under vårdtiden stärkte kvinnans tillit till sig själv. Vidare bekräftar Hildingsson et al (2003) detta och menar att den positiva upplevelsen av förlossningen och vårdtiden gynnas av stödet från av barnmorskan, patientcentrerad vård, information och kommunikation med barnmorskan, kontinuitet av personal samt utformningen av vårdmiljön. I en äldre studie framkommer att brist på socialt stöd ställer ännu högre krav på stöd från personalen för att kvinnan ska känna sig trygg (Hall & Carty, 1993).

Alla kvinnor som intervjuades uttryckte att de fått *tillräcklig information* men att den var svår att ta till sig på grund av den *stora mängden*. Till skillnad från tidigare forskning önskade inte kvinnorna mer information (Socialstyrelsen, 2019b). Under våra intervjuer berättar mammorna att de fick information om vart de skulle vända sig för frågor efter hemgång. Majoriteten av kvinnorna kände sig trygga med detta men det förekom upplevelser av oklarhet angående vem som skulle kontaktas i vilket ärende och när, en otydlighet som bekräftas i en stor enkätstudie av Socialstyrelsen (2019b). Överlag framkommer dock av kvinnorna i vår studie att informationen från BB varit tydlig, något som skiljer sig från tidigare forskning. Enligt en stor enkätundersökning från 2018, med 1520 kvinnor som fött barn på svenska sjukhus, visade det sig att 6 av 10 kvinnor inte visste var de skulle vända sig för vård och stöd om de mådde fysiskt eller psykiskt dåligt efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2019b). Vidare visade det sig även vara viktigt för kvinnorna att *partnern och andra personer i hennes omgivning skulle ta del av informationen* för att hon skulle få bättre förståelse, ett önskemål som även framkommer i några av intervjuerna vi genomfört.

Rätt förutsättningar ger trygghet

Det psykiska hälsan innan och efter förlossningen påverkar kvinnans välmående och det har visat sig att olika förutsättningar och eventuella komplikationer under förlossningen inverkar

på nyblivna mammors upplevelse av trygghet (Nilsson et al, 2016). En positiv upplevelse av vårdtiden på förlossning och BB stärker kvinnans känsla av trygghet (Socialstyrelsen, 2019b). Stöd från partnern har också en positiv inverkan på tryggheten (Hildingsson et al., 2003). Vi visste inget mer om kvinnornas hälsa innan förlossningen än att de inte hade en riskgraviditet. Vi visste dock att ingen mådde fysiskt dåligt och att alla skattade sin psykiska hälsa som bra eller mycket bra i samband med förlossning, tid på BB och den första tiden hemma med barnet. Detta tillsammans med mammornas positiva upplevelser av vårdtiden och det sociala stödet visar att det enligt tidigare forskning fanns goda förutsättningar för förstföderskorna i vår studie att uppleva trygghet i samband med hemgång från BB.

Kvinnorna som deltog i den här studien var sammanboende med barnafadern, både vid tidpunkten för förlossningen men även vid intervjutillfället. Att vid tiden för hemgång vara *sambo ses som en typ av socialt skydd* enligt Socialstyrelsen (2019b). De menar att kvinnor som är singlar, särbor eller skilda, utan en annan närvarande vuxen, är extra utsatta i en kritisk situation och det är därför viktigt att de uppmärksammas och får tydlig information om vart de ska vända sig för att få hjälp.

Det finns evidens för att *omföderskor i regel mår bättre både psykiskt och fysiskt* efter förlossningen jämfört med förstföderskor (Socialstyrelsen, 2019b). Trots att vi bara inkluderade förstföderskor fann vi inte att några av deltagarna upplevde sig ha dåligt psykiskt eller fysiskt välmående efter förlossningen. I likhet med Löf et als. studie (2006) hade mammorna en bra fysisk återhämtning och *det fysiska välmåendet* handlade främst om att vara förberedd på de kroppsliga förändringar som kommer efter en graviditet och förlossning. Om vi även inkluderat omföderskor hade det dock, i enlighet med tidigare forskning, kunnat visa sig att de som grupp skattat sin hälsa ännu högre än förstföderskorna. Anledningarna till att vi fann att förstföderskorna upplevde en trygghet i likhet med det som i tidigare forskning mer kopplats till omföderskor beror dels på att flera grundläggande förutsättningar fanns hos kvinnorna i gruppen och vilka bidrog till trygghet. Det handlar bl.a. om att de var välmående och fick bekräftat att barnet mådde bra och inte hade några komplikationer inför, under och efter förlossningen.

De *starkaste prediktiva faktorerna för hemgång* från BB, redan inom de två första dygnen efter förlossningen, och framförallt inom 12 timmar, är enligt Nilsson et al. (2016) att en förlossningen varit *vaginal* och *okomplicerad* samt att kvinnan är omföderska. Gruppen vi

tittat på hade alla fött vaginalt men var förstföderskor. Det visar att förstföderskor med rätt förutsättningar har stora möjligheter att känna sig trygga och även är mer benägna att åka hem redan inom ett dygn efter förlossningen. Ingen av förstföderskorna vi intervjuade upplevde otrygghet men det framkommer en *viss känsla av osäkerhet inför den nya rollen som förälder*, något som bekräftas av Socialstyrelsens (2019b). Många hade förberett sig genom att läsa på och ta in råd och tips från sin omgivning, men trots förberedelser var stödet från personalen och det sociala stödet något som stärkte mammorna i föräldrarollen. Löf et al. (2006) beskriver i sin studie att möjligheten att möta barnets behov är en faktor som inverkar i förstföderskors val och upplevelse av en tidigare hemgång (kategoriserat som 9-36 timmar postpartum). Att kunna ta hand om sitt barn och känna trygghet i rollen som nybliven förälder påverkades av förberedelse inför föräldraskapet, anknytning till barnet och en fungerande amning. I likhet med Löf et al. studie framkom samtliga av dessa faktorer även i den här studien i form av faktorer som stärkte upplevelsen av trygghet inför hemgång. En annan likhet mellan studierna var att ingen av kvinnorna upplevde några amningsproblem inför hemgång och att fokus låg på att tillfredsställa sitt barns behov. (Löf et al, 2006).

Borta bra men hemma bäst

Tidigare studier har visat att det i Sverige under de senaste decennierna funnits möjlighet för de nyblivna föräldrarna att välja att gå på tidig hemgång (Löf et al., 2006). Det visat sig att beslutsfattare inom vården, vårdpersonalen samt kvinnorna och deras familjer föredrar hemgång ca. 24 timmar efter förlossningen snarare än senare hemgångar (Nilsson et al., 2015) För långa vårdtider efter förlossningen kan innebära flera nackdelar (Benahmed et al., 2017). Campbell et al. (2016) menar att det kan öka risken för vårdrelaterade infektioner hos mor och barn och enligt Brown et al. (2002) kan det orsaka stress och sömnstörningar hos mamman, amningsproblem och missnöje gentemot vården som ges. Det kan också påverka sjukhusens vårdbelastning och samt ge ökade kostnader (WHO, 2012).

Mammorna i vår studie *längtade hem* extra mycket under pandemin och kände sig trygga med att lämna sjukhuset inom ett dygn efter att barnet fötts. I likhet med andra studier beskriver förstföderskorna att välmåendet ökade ytterligare när de kom hem. Att ha sina egna rutiner och befinna sig i hemmiljön resulterade i en ökad känsla av lugn, tillit och frihet samt förbättrad sömn jämfört med på sjukhuset (Löf et al, 2006). Det visade sig även i vår studie att partnern, precis som kvinnan, var redo för hemgång inom det första dygnet postpartum.

Något som även framkommit i en studie av Nilsson et al. (2015). Där beskriver de att det inte kändes naturligt för papporna att delta i skötseln av barnet på sjukhuset och att papporna därför såg fram emot att komma hem för att kunna vara mer delaktig och ta ansvar för familjen.

Vi fann att kvinnorna kände sig nöjda med att lämna sjukhuset efter att amningen kommit igång och de fått *bekräftat av personalen att amningen samt hälsotillståndet hos dem själva och deras barn såg bra ut*. Hildingsson et al. (2003) menar att en viktig faktor för att minska känslan av oro hos kvinnorna har varit en flexibel eftervård med möjlighet att stanna kvar på BB tills kvinnan känner att amningen fungerar.

Äldre studier har visat att kvinnor som efter förlossningen gått hem inom de första två dygnen från sjukhuset har varit mer nöjda med eftervården än mammor som haft längre vårdtid (Boulvain et al., 2004; Dalby et al., 1996; Williams et al., 1996). Persson och Dykes (2002) genomförde intervjuer med sex föräldrapar i Sverige och menar att det sedan länge har funnits stöd för att kvinnor som väljer tidig hemgång upplever känslor av kontroll, tillit till sin föräldraförmåga och det har även visat sig att de är nöjda eller mer nöjda med vården efter förlossningen än kvinnor som haft längre vårdtid postpartum. Ingen av kvinnorna i vår studie uppfattade vårdtiden på BB som dålig och hälften upplever att vården var mycket bra och kvinnorna tyckte de fick den hjälp de behövde med amningen för att känna sig trygga att åka hem. Det här är resultat ligger i linje med en studie av Löf et al. (2006) där kvinnorna upplevde att de fick bra *amningsstöd* och såg tiden på BB som positiv och meningsfull. En välfungerande amning kan vara en förklaring till de korta vårdtiderna i vår studie eftersom Nilsson et al. (2016) menar att en positiv amningsupplevelse samt kunskap och trygghet gällande amning bidrar till kortare vårdtid på BB.

Kvinnorna i vår studie återkom till att upplägget för *uppföljningen* efter hemgång var en faktor som bidrog till trygghet. Att när som helst på dygnet kunna ringa och prata med en barnmorska men även att ha ett återbesök inbokad några dagar efter förlossningen bidrog till beslutet att åka hem, något som bekräftas genom tidigare forskning (Löf et al., 2006; William et al., 1996). Mammorna vi intervjuade uttryckte att det var väldigt positiva till att bli uppringd av en barnmorska dagen efter hemgång och det är något som enligt Hildingsson (2003) är en bidragande känsla till trygghet vid hemgång från BB. Till skillnad från vår studie visar en stor enkätundersökning, där ledningen för Sveriges regioner deltog, att det trots

kortare vårdtider idag enbart är vart tredje sjukhus som har rutinen att alltid följa upp hälsan hos kvinnor som fött barn och lämnat sjukhuset (Socialstyrelsen, 2017). Vidare uttrycker Socialstyrelsen att det finns ett glapp i vårdkedjan efter att mamma och barn lämnat sjukhuset och att informationen är otydlig om vart kvinnorna ska vända sig för psykiska och fysiska besvär när en vecka passerat efter partus och BB inte längre ansvarar för vården.

WHO (2013) har starka rekommendationer om *eftervård minst 24 timmar efter förlossning* på sjukhus och Chervenak et al. (2013) menar att största risken för stora, och ofta även oförutsägbara risker för både mor och barn sker under de första 24 timmarna postpartum. Rekommendationen om en minimivårdtid på 24 timmar har dock svag evidens när det gäller okomplicerade vaginala förlossningar med friska och välmående mammor och spädbarn (WHO, 2013). Vår studie visar att mammorna kände *delaktighet* i beslutet om hemgång och enligt Nilsson et al. (2016) är det en avgörande faktor för att känna trygghet inför utskrivning trots vårdtid på mindre än ett dygn efter partus. Mammorna berättar att de hade bra socialt stöd och att det inverkat på deras beslut om hur länge de stannade på BB. Det är även något som Löf et al. (2006) visat på i sin studie.

Alla har uttryckt att de vill hem så snart som möjligt och betonat tryggheten att vara i sin egen hemmiljö, vissa pratade även om att rädslan för *Covid 19-pandemin* ökade under vårdtiden då kvinnorna var medvetna om att det kunde ligga kvinnor som testats positivt för viruset på samma avdelning. Det går inte att utesluta att pandemin kan ha påverkat vårdtiderna i denna studie. Flera av kvinnorna berättar att de var *förberedda på kortare vårdtid* pga pandemin. Att kvinnor är förberedda på och förväntar sig att skrivas ut tidigt inom de första två dygnen postpartum är något som enligt Nilsson et al. (2016) påverkar vilka kvinnor som går hem inom 12 timmar efter partus. Mammorna vi intervjuade hade läst om rekommendation om kortare vårdtider på klinikens hemsida (BB Stockholm, 2020). Där gavs information om att kliniken på grund av den pågående Covid-19 pandemin ville undvika att hålla kvar familjer längre än nödvändigt. De informerade vidare om att de allra flesta familjer uppfyller kriterier för hemgång vid 6 timmar efter födseln. En mamma i vår studie lämnade BB tillsammans med sin bebis och partner 6 timmar postpartum och var vid tidpunkten för hemgång nöjd med det. I hemmet fick mamman amningssvårigheter och en tuff start med ett skrikande och otillfredsställt barn. Med facit i hand hade hon velat stanna minst två dygn till på BB för att få mer amningsstöd - något hon kanske hade gjort om det inte vore för pandemin.

Slutsats

Vår studie har genom kvalitativ metod analyserat åtta mammors upplevelser av trygghet vid hemgång från BB. I den aktuella studien framkom att stöd i olika former är fundamentalt i fråga om upplevelse av trygghet vid hemgång. Med rätt individuella, sociala och organisatoriska förutsättningar visade det sig att även förstföderskor är trygga och redo att gå hem redan första dygnet. Tilliten till personalens kompetens och stöd hade en avgörande betydelse för förstföderskornas upplevelse av trygghet inför hemgång. Samtidigt framkommer upplevelser av stressad personal, det är dock inget som har lett till otrygghet eftersom tilliten till personalen har kompenserat upp för organisatoriska brister. Utan en bra uppföljning av kvinnorna i hemmet hade troligtvis vårdtiden varit länge. Det går inte att utesluta att Covid 19-pandemin hade en påverkan på vårdtiden då det lett till en strävan efter tidigare utskrivningar.

Framtida forskning

I kommande studier vore det intressant att även inkludera mammor som inte kan genomföra en intervju på svenska för att utforska hur kulturella skillnader hos förstföderskor påverkar upplevelsen av trygghet vid hemgång. Det vore också intressant att utforska hur kvinnor med specifika riskfaktorer upplever tryggheten under vårdtiden och inför hemgång från BB samt vad som bidragit till den känslan. Slutligen vore det spännande att jämföra upplevelser hos förstföderskor som föder på sjukhus med förstföderskor som väljer att, i närvaro av en barnmorska, föda i hemmet för att se hur det inverkar på deras upplevelse av trygghet.

Referenser

Alberdi, G., O'Sullivan, E. J., Scully, H., Kelly, N., Kincaid, R., Murtagh, R., McAuliffe, F.M. (2017). A feasibility study of a multidimensional breastfeeding-support intervention in Ireland. *Midwifery*, 58, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.018>

BB Stockholm. (22 Oktober 2020). *Information avseende Covid-19*.
<https://bbstockholm.se/content/specialistmodravard-forlossning-och-BB>

Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 289–14.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1465-7>

Bernstein, H., Spino, C., Lalama, C., Finch, S., Wasserman, R., & McCormick, M. (2013). Unreadiness for Postpartum Discharge Following Healthy Term Pregnancy: Impact on Health Care Use and Outcomes. *Academic Pediatrics*, 13(1), 27–39.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.08.005>

Borglin, G., Hentzel, J., & Bohman, D. M. (2015). Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development (Cambridge University Press / UK)*, 16(5), 470–480.
<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1017/S1463423615000055>

Boulvain, M., Perneger, T., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(8), 807–813.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00227.x>

Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Selected Cochrane Systematic Reviews: Early Postnatal Discharge from Hospital for Healthy Mothers and Term Infants. *Birth*, 29(4), 291–291. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00204.x>

Brown, S., Bruinsma, F., Darcy, M., Small, R., & Lumley, J. (2004). Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(3), 202–213. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2004.00558.x>

Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., & Mårtensson, L. B. (2017). "It makes you feel like you are not alone", Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 51-57. <https://doi: 10.1016/j.srhc.2017.02.007>

Bäckström, C. A., Wahn, E. I. H., & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5(20). <http://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20>

Campbell, O., Cegolon, L., Macleod, D., & Benova, L. (2016). Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys. *PLoS Medicine*, 13(3), e1001972–. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001972>

Chervenak, F., McCullough, L., Brent, R., Levene, M., & Arabin, B. (2013). Planned home birth: the professional responsibility response. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.002>

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl. ed) (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur AB.

Feenstra, M., Nilsson, I., & Danbjørg, D. (2018). Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 870–881. <https://doi.org/10.1111/jocn.14687>

Fink, A. (2011). Early Hospital Discharge in Maternal and Newborn Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(2), 149–156. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01225.x>

Forster, D., McLachlan, H., 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(1), 27–27.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-27>

Graneheim, U. H., Lindgren, B.M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105-12. <https://doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001>.

Hall WA, Carty EM. Managing the early discharge experience: taking control. *J Adv Nurs*. 1993 Apr;18(4):574-82. <https://doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18040574.x>. PMID: 8496505.

Heli, S., & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning : en omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla* (Första upplagan). Gothia Fortbildning.

Hildingsson, I. (2003). Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning. Institutionen Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle / Neurobiology, Care Sciences and Society

Jones, E., Taylor, B., MacArthur, C., Pritchett, R., & Cummins, C. (2016). The effect of early postnatal discharge from hospital for women and infants: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5(1), 24–. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0193-9>

Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E. (2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(2), 131–137.

<https://doi.org/10.3109/03009730903431809>

Johansson, M., Thies-Lagergren, L., & Wells, M. B. (2019). Mothers' experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care—A cross-sectional study. *Midwifery*, 78, 140–149. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2019.07.010>

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl. ed., s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95–100. <https://doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>

Lundman, B. & Hällgren-Granheim, U. (2018). Kvalitativ innehållsanalys. I E. Höglund-Nielsen & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (uppl 3:3) s. 219-233. Lund: Studentlitteratur AB.

Löf, M., Svalenius, E., & Persson, E. (2006). Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 323–330. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00411.x>

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi:10.1177/1403494812465030>

Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and birth*. 23(4), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>

Mamma till mamma. (20 September 2020). *Mamma till mamma verkar för att främja tillfrisknande bland blivande och nyblivna föräldrar som mår psykiskt dåligt*. <https://mammatillmamma.com/>

Medicinska rådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Hämtad 2020-09-03 från <http://infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>

Nilsson, I., Danbjørg, D., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J., & Kronborg, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926–934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>

Nilsson, I., Kronborg, H., Knight, C., & Strandberg-Larsen, K. (2016). Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns? *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.007>

Oakley, L. L., Henderson, J., Redshaw, M., & Quigley, M. A. (2014). The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-88>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Length of hospital stay. <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>

Persson, E., & Dykes, A. (2002). Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, 18(1), 53–60. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0291>

Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 67(1), 105–116. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x>

Pertile, R., Pavanello, L., Soffiati, M., Manica, L., & Piffer, S. (2017). Length of stay for childbirth in Trentino (North-East of Italy): the impact of maternal characteristics and organizational features of the maternity unit on the probability of early discharge of healthy, term infants. *European Journal of Pediatrics*, 177(1), 155–159. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3035-4>

Polit, D. F., & Beck, C. H. (2018). *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice (9:e upplagan)*. Wolters Kluwer Health: Philadelphia.

Populärhistoria. Artikel skriven 23 april 2017 av Pia Höjeberg. Hämtad 200917: <https://populärhistoria.se/vetenskap/medicin/fran-jordemor-till-barnmorska>

Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(1), 49–60. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x>

Socialstyrelsen, 2017. Vård efter förlossning - En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Hämtad 200916

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>

Socialstyrelsen (2019a). Mer än bara mamma.

<https://www.socialstyrelsen.se/meranbaramamma/statistik/>

Socialstyrelsen.(2019b) . Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov - En enkätundersökning och fokusgruppssamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6436.pdf>

Sveriges riksdag. (2020). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Hämtad 2020-09-04 från

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2020-09-03 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdhandboken. (2019). "Smärtskattningsinstrument".

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smartskattni ng-av-akut-och-postoperativ-smarta/smartskattningsinstrument/>

Vårdgivarguiden. (2020). "Om att välja förlossningsklinik - Patientinformation."

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/foda-barn/info-om-att-valja-forlossni ngsklinik.pdf>

World Health Organization. (2002). Essential antenatal, perinatal and postpartum care.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf at

World Health Organization. (2012). Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/modern-health-care-delivery-systems,-care-coordination-and-the-role-of-hospitals>.

World Health Organization. (2013). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=C3C650F1FACBE40858A437C87B46DF16?sequence=1

Wiklund, I. (2016). Det breda barnmorskekompetensens framväxt - från förlösande barnmorska till brett yrke inom sexuell och reproduktiv hälsa. I E. Lindgren, Christensson & Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (uppl 1:3) s. 46-48.
Lund: Studentlitteratur AB.

Waldenström, U. & Lindmark, G. (1987). Early and Late Discharge after Hospital Birth: A Comparative Study of Parental Background Characteristics. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 15(3), 159–167. <https://doi.org/10.1177/140349488701500307>

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Demografiska frågor

- Identifierar du dig som kvinna?
- Hur gammal är du?
- När födde du barn på BB-Stockholm?
- Hur lång vårdtid hade du efter ditt barn fötts?
- Vad var din huvudsakliga sysselsättning innan du fick barn?
- Hur planerar du din föräldraledighet nu och hur har den sett ut fram tills idag?
- Vid tidpunkt för hemgång, var du i relation med barnets andra förälder?
- Bodde ni ihop?
- Hur ser det ut idag?
- Ammade du ditt barn vid tiden för hemgång?
 - Om ja, helt eller delvis?
- *VAS är en skala som används inom vården för att skatta upplevelser. Skalan sträcker sig från 0 - 10. Vid hemgång från BB tillfrågas alla om sin helhetsupplevelse av vårdtiden, där 0 är inte nöjd alls och 10 är total nöjdhet.*
 - . Vilken VAS-siffra lämnade du till barnmorskan vid hemgång?

Flervalsfrågor: (välja vilket av 5 alternativ som passar bäst av:
mkt bra, bra, varken bra/dålig, dålig, mycket dålig)

- Hur upplevde du din förlossning? (mkt bra, bra, varken bra/dålig, dålig, mycket dålig)
- Hur upplevde du vårdtiden på BB? (mkt bra, bra, varken bra/dålig, dålig, mycket dålig)
- Hur mårde du fysiskt vid tiden för hemgång? (mkt bra, bra, varken bra/dålig, dålig, mycket dålig)
- Hur mårde du psykiskt vid tiden för hemgång? (mkt bra, bra, varken bra/dålig, dålig, mycket dålig)

Frågor om känslan av trygghet vid hemgång

1. Vad var din känsla när du gick hem från BB?

(Flera olika känslor kan komma fram här.)

2. Vad var det som bidrog till känslorna du hade?

3. Kände du dig trygg när du skulle åka hem från BB?

a) *Om trygg eller ambivalent:* Vilka faktorer bidrog till den tryggheten du kände?

- *Inom sjukvården och utanför sjukvården.*

b) *Om otrygg och ambivalent:* Vilka faktorer bidrog till den otrygghet du kände?

- *Inom sjukvården och utanför sjukvården.*

4. Vad var din känsla när du kom hem från BB?

- Påverkades den känslan (tryggheten) utifrån din vistelsetid på BB?

- Tror du din känsla av trygghet sett annorlunda ut om du gått hem tidigare/senare? Kan du beskriva dina tankar kring detta?

5. Var det något som saknades eller hade kunnat gjorts annorlunda för att du skulle känna dig ännu tryggare vid din hemgång från BB?

- Har du några förslag till förbättringar för att öka känslan av trygghet i samband med hemgång? (BB och hemma)

6. Är det något ytterligare du vill berätta ifråga om känslan av trygghet i samband med din hemgång från BB?

Bilaga 2: Informationsbrev

Informationsbrev gällande en intervjustudie om förstföderskors känsla av trygghet i samband med hemgång från BB.

Hej,

vi är två barnmorskestudenter från Karolinska Institutet som skriver vår magisteruppsats. Vi skulle gärna vilja intervjua dig om din känsla av trygghet i vid hemgång från BB. Intervjun beräknas ta ca. 20-30 minuter. Vi vill göra det så bekvämt som möjligt för dig, därför får du välja om intervjun ska genomföras i ditt hem eller i ett rum på Karolinska Institutet i Solna. Skulle inte det passa dig går det även att genomföra intervjun via webb eller telefon. Deltagandet är frivilligt och Ni har rätt att avsluta er medverkan i studien när som helst, utan följdfrågor från oss.

Intervjun kommer att spelas in för att senare kunna analyseras. All transkribering av materialet görs av författarna själva och informationen behandlas konfidentiellt genom att allt material avidentifieras. Det är endast författarna och handledaren som kommer att ha tillgång till materialet. Efter studien är klar kommer allt inspelat material raderas.

Vi följer Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällande Covid - 19. Om Ni godkänner Ert deltagande i studien vänligen skriv under denna blankett som samlas in vid intervjutillfället.

Som tack för att ni medverkar erhåller ni ett exemplar av examensarbetet om så önskas. Vi bjuder även på fika under intervjun.

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Vid frågor och funderingar, tveka inte att höra av er till oss! Tack på förhand!

Anna Öhman
anna.ohman.2@stud.ki.se
073-731 48 82

Åsa Morin
asa.morin@stud.ki.se
070-236 92 09

Handledare för examensarbetet:
Ewa Andersson
Ewa.andersson@ki.se