



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ISLÄNDSKA BARNMORSKORS UPPLEVELSER AV POSTPARTUMVÅRD I HEMMET

Författare

Ingibjörg Sigurdardóttir

Veronika Birath

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Barnmorskeprogrammet 90hp/ RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Lasse Persson

Titel (svenska):	Isländska barnmorskors upplevelser av postpartumvård i hemmet.
Titel (engelska):	Icelandic midwives experiences of postpartum home care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet 90 hp, Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Lasse Persson
Nyckelord:	Postpartumvård, barnmorska, kontinuitet, stöd

Sammanfattning:

Bakgrund: Barnmorskan ska stödja och uppmuntra kvinnor att fatta beslut kring sin egen och familjens hälsa. Att bli förälder kan vara en stor omställning och det krävs stöd för att känna trygghet. Vårdtiden på sjukhus efter förlossningen har blivit kortare genom åren. Barn ammar i mindre utsträckning och föräldrar uppger missnöje med postpartumvården. På Island bedrivs postpartumvård i hemmet. Studier har visat att kvinnor varit nöjda med den typ av vård. Det finns ett behov av forskning kring barnmorskornas upplevelser av postpartumvård i hemmet.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva isländska barnmorskors upplevelser av postpartumvård i hemmet. **Metod:** Barnmorskorna rekryterades via en Facebookgrupp för isländska barnmorskor som arbetar med hembesök, samt med snöbollsurval. Sex isländska barnmorskor intervjuades via Internet, en intervjuades via ett verkligt möte. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet har presenterats i tre huvudkategorier: Skapa en trygg vård postpartumvård; Ett hälsofrämjande arbete samt; Personlig relation till barnmorskan och barnmorskans ansvar. Postpartumvård i hemmet upplevdes av barnmorskorna som en kontinuerlig vård där familjen kände trygghet i sin hemmiljö. Komplikationer kunde upptäckas tidigare och återinläggningar upplevdes färre. Det skapades en intim relation mellan barnmorskan och kvinnan, det kunde ge ökad trygghet. **Diskussion:** Resultatet visade att barnmorskorna upplevde hembesök som en bra vårdmodell. Postpartumvård i hemmet är en personcentrerad vård som gör hela familjen delaktig i vården. **Nyckelord:** Postpartumvård, barnmorska, kontinuitet, stöd

Abstract:

Background: The midwife should support and encourage women to make decisions about their and their families health. Becoming a parent can be a major change and support is required to feel safe. Hospitalisation after birth has becoming shorter over the years. Breastfeeding of children are to a lesser extent and parents report dissatisfaction with postpartum care. In Iceland, postpartum care is carried out at home and studies have shown that women were satisfied with that type of care. There is a need for research on the midwife's experience of postpartum care at home. **Aim:** The aim of the study was to describe the Icelandic midwife's experiences of postpartum care at home. **Method:** The midwives were recruited via a Facebook group for Icelandic midwives that work with postpartum care in the home, as well as a snowball sampling. Six Icelandic midwives were interviewed via Internet, one interviewed through a real meeting. The interviews were then analyzed using qualitative content analysis. **Result:** Three main categories were found: Create a safe care postpartum; Promoting the healthy; Personal relationship with midwife and midwives responsibility. Postpartum care at home was perceived by midwives as a continuous care where the family felt safe in their home environment. Complications could be detected earlier and reintroductions were less experienced. An intimate relationship can be created between the midwife and the woman, which can increase safety. **Discussion:** The result showed that the midwives experience home visits as a good care model. Postpartum care at home is a person-centered care that makes the whole family involved in the care. **Keywords:** Postpartum care, midwife, continuity, support.

Innehållsförteckning

Inledning	1
1. Bakgrund	1
1.1 Postpartumvård efter förlossningen.....	1
1.2 Postpartumvård på Island	2
1.3 Det nyfödda barnet	3
1.4 Föräldrarnas omställning postpartum.....	4
1.5 Relationen mellan barnmorskan och kvinnan	5
1.6 Midwifery model of care	6
1.7 Problemformulering.....	7
2. Syfte	8
3. Metod	8
3.1 Urval	8
3.2 Datainsamling.....	8
3.3 Dataanalys.....	8
3.4 Etiska överväganden	9
4. Resultat	10
4.1 Skapa en trygg postpartumvård	10
4.1.1. Vikten av kontinuitet	10
4.1.2. Trygg i sin hemmiljö	11
4.2 Ett hälsofrämjande arbete.....	12
4.2.1. Stödja det friska	12
4.2.2. Upplevs minska risken för sjukhusvård	13
4.3 Personlig relation till barnmorskan och barnmorskans ansvar.....	13
4.3.1. Personliga relationen mellan barnmorskan och familjen	13
4.3.2. Barnmorskans ökade ansvar	14
5. Diskussion	15
5.1 Metoddiskussion	15
5.2 Resultatdiskussion	16
6. Slutsatser	18
6.1 Implikationer.....	19
7. Referenser	20
Bilagor	

Inledning

Att få barn är en stor omställning för föräldrarna. Efter förlossningen tillbringar många föräldrar de första dagarna på BB, speciellt om de fått sitt första barn. Tiden på BB är väldigt viktig för föräldrar och barn, de knyter an till barnet och föräldrarna är i behov av rådgivning och stöd från barnmorskan. Under den verksamhetsförlagda utbildningen blev vi intresserade av vård efter förlossning och såg att det kunde finnas ett behov att få fortsatt stöd i hemmet. Många föräldrar i Europa har känt sig missnöjda med BB vården på sjukhus. På Island får föräldrar BB-vård på sjukhus samt i hemmet. En av författarna har upplevt postpartumvård i hemmet på Island. Därför väcktes intresset att genomföra en studie inom det området och intervjuar just isländska barnmorskor om hur de upplever postpartumvård i hemmet.

1. Bakgrund

Med postpartumvård menas vården efter förlossningen. Ordet post är ett ord som betyder efter eller bakåt (Nationalencyklopedin [NE], 2017a). Ordet partus betyder förlossning (NE, 2017b). Begreppet BB vård används i studien. Efter en förlossning vårdas kvinnan på BB. Ordet BB är en förkortning för barnbördshus (NE, 2017c).

1.1 Postpartumvård efter förlossningen

Under 1975 var medelvårdtiden efter en vaginal förlossning sex dygn i Sverige, under 2011 var genomsnittstiden två dygn (Waldenström, 2016). Tidig hemgång påbörjades i Sverige under 1980-talet, det innebar då att kvinnan skrevs ut inom 72 timmar efter förlossningen (Svensk förening för obstetrik & gynekologi, 2013). Aktuella vårdtider för friska omfödskor med friskt barn och normal förlossning är 6-8 timmar i Göteborg efter förlossningen (tidig hemgång), om amningen fungerar (Sahlgrenska, 2016). Tidig hemgång är frivillig i Göteborg och patienten kan välja att stanna längre på BB (Sahlgrenska, 2017). Enligt Svensk förening för obstetrik & gynekologi (2013) vårdas nu för tiden ungefär 90 % av alla mammor och barn på BB efter förlossningen. Kvinnokliniken är ansvarig för eftervården av mamma och barn upp till 7 dygn efter förlossningen. Eftervården ska fokusera på hela familjen, inte bara på mamman och barnet. Att hjälpa till med amning och lära föräldrarna att tolka barnets signaler.

Enligt Rudman och Waldenström (2007) longitudinella studie av 2783 svensktalande kvinnor, kände kvinnorna sig försummade på BB, då fokus var på barnet. Personalen verkade också irriterade. Förståelse och empati för utmattning och amningsproblem verkade bristande hos personalen. Detta förminskade kvinnornas känsla av att kunna vara mamma. En av mammorna fick känslan att hon behandlades som en idiot. På grund av personalens höga stressnivå ställde föräldrarna mer sällan frågor. Föräldrarna upplevde sjukhuset som motsägelsefullt då det sades vara en "barnvänlig klinik" men sedan tvingades mamma och barn att gå hem tidigt. Personalen verkade bristfällig i informationen om: smärta och smärtlindring efter förlossningen, fysiska förändringar, träning, bäckenbotten-träning, kost, anpassning till föräldraskapet, känslomässiga och psykologiska problem samt förlossningserfarenhet och barnomsorg. Den otillräckliga informationen som kvinnorna fick på sjukhuset påverkade dem både under sjukhusvistelsen och efter hemgång från sjukhuset. I den här studien har de valt att även studera partnern, i denna studien pappan. Pappan verkade lämnad

utanför och saknade uppmärksamhet och stöd, fick sällan möjlighet att prata med någon vårdgivare själv. Enligt mammorna kände papporna sig glömda och övergivna när de inte fick möjlighet att engagera sig i postpartumvården. Kvinnorna kände sig besvikna över att postpartumvården huvudsakligen verkade organiserad kring mamma och bebis (Rudman & Waldenström, 2007).

En annan svensk studie visade att de kvinnor som fick postpartumvård i hemmet hade en mer positiv upplevelse samt att kvinnorna var mer delaktiga i beslutsfattande jämfört med de som fick vanlig BB vård (Askelsdottir, Lam-de Jonge, Edman & Wiklund, 2013). Enligt Barimani, Oxelmark, Johansson och Hylanders studie utförd i Sverige (2015) framkom det att nyförlösta kvinnor önskade att personalen på BVC (barnvårdscentralen) kunde ha givit mer stöttning till kvinnorna, då mycket fokus var på barnet. Kvinnorna önskade mer kontinuitet i mödrahälsovården, att de kunde fått träffa sin barnmorska tidigare efter förlossningen och att det inte fanns något stöd när kvinnorna kommit hem från BB.

En studie från Schweiz (Kurth et al, 2016) visade att föräldrar upplevde ett barns födelse som en stor förändring i familjen och föräldrarna kände sig överväldigade av ansvar. De beskrev att deras föreställning om postpartumperioden inte stämde överrens med verkligheten. Mammor uttryckte oro över tidig hemgång från sjukhuset, då de var oroliga över sin förmåga att kunna amma. Föräldrarna upplevde sig osäkra och oförberedda för att gå hem tidigt från sjukhuset. Föräldrarna uttryckte behov av att en barnmorska som de träffat tidigare skulle utföra hembesök under postpartumperioden.

I Tyskland valde kvinnorna en barnmorska som följde dem under hela antenatal och postpartumvård perioden, men inför förlossningen blev de tilldelade en barnmorska. Kvinnorna önskade få en kontinuerlig vård, med samma barnmorska under hela graviditeten, förlossningen och postpartumperioden. Ensamstående mammor har ökad risk för att känna sig ensamma efter förlossningen, därför förväntade de sig kontinuerlig vård av barnmorskan. Kvinnor som genomgått kejsarsnitt uttryckte en önskan om att få kontinuerlig vård av en barnmorska. Kvinnorna uppskattade barnmorskans tillgänglighet, men förväntade sig att kunna nå sin barnmorska dygnet runt (Mattern, Lohmann & Ayerle, 2017).

1.2 Postpartumvård på Island

Många nyblivna föräldrar har valt att spendera mer tid med sin familj hemma, därför har tidig hemgång blivit vanligare. Redan under 1970- och 1980-talen blev kortare sjukhusvistelser populära på grund av att kvinnorna önskade att känna sig mer delaktiga under barnafödandet (Britton, Britton & Gronwaldt, 1999). På Island startades postpartumvård i hemmet 1993 efter att isländska barnmorskeförbundet genomförde ett avtal med den isländska försäkringskassan. I avtalet framgick det att barnmorskan skulle utföra elva hembesök hos den nyförlösta kvinnan. Endast 2,5 % av kvinnorna som födde på huvudsjukhuset i Reykjavík (Landspítali) använde sig av hembesöken på den tiden. Under 2002 minskades postpartum besöken i hemmet från elva besök till åtta. Under 2004 hade andelen kvinnor som nyttjade hembesöken stigit till 58 %, 2007 upp till 72 % samt under 2010 upp till 80 % (Sigurdardottir, 2004 & 2010). Enligt Sængurkvennagangur (BB avdeldning) (personlig kommunikation, 9. jan 2018), är postpartumvård i hemmet frivillig och kvinnan kan istället välja att stanna längre på sjukhuset i mån av plats. För att få postpartumvård i hemmet efter förlossningen klassificeras kvinnorna i tre grupper utifrån mammans och barnets hälsotillstånd i samband med förlossningen, innan hemgång (bilaga 3). Grupper med mer komplikationer för mamman

och/eller barnet (grupp B och C) kunde stanna en längre tid på sjukhus men samtidigt få tillgång till hembesök efter utskrivning jämfört med gruppen med ringa eller inga komplikationer för mamman och/eller barnet (grupp A). Grupp A innefattade friska mammor med friska barn utan medicinsk problematik som kunde gå hem från sjukhuset inom 36 timmar efter förlossningen. Kvinnor som tillhörde grupp A som valde att stanna > 36 timmar efter förlossningen förlorade sin rätt till hembesöken. Grupp B innefattade den grupp som hade specifika definierade hälsoproblem med mindre avvikelser. Kvinnorna i den gruppen kunde skrivas ut till hemmet inom 36-48 timmar. Grupp C innefattade hälsoproblem som krävde noggrann övervakning nästan dygnet runt. I särskilda fall kunde mamma och barn åka hem efter 48-72 timmar och erbjudas hembesök av barnmorska efter noggrann utvärdering av ansvarig läkare (Sigurdardottir, 2014), (Sjúkratryggingar Íslands, 2017). Enligt den isländska patientlagen får vård inte utföras utan patientens samtycke. Patienten har rätt att själv bestämma om vården får genomföras (Lög um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997).

Enligt Sigurdardottir (2010) studie var antalet hembesök till kvinnorna i genomsnitt 7,4, men antalen besök kunde variera mellan 5 och 14. Ungefär 84 % av kvinnorna tyckte att antalet besök var rimligt. Varje besök kunde variera runt 30-60 minuter, vilket 96 % av kvinnorna upplevde som tillfredsställande. Cirka 88 % av mammorna och barnen skrevs ut till postpartumvård i hemmet inom 6-36 timmar. Anledningen till ökade hembesök hos kvinnorna kunde vara bland annat att mamman hade högt blodtryck, blödnings- och infektionsrisk, problematik med blåstömningen, beroendeproblematik, kvinnor som inte pratade isländska, ökad omvårdnad av barnet på grund av komplikationer såsom gulsot, infektion, nyckelbensfraktur eller dålig viktökning.

Sigurdardottir (2004) beskrev i sin studie att kvinnorna kände sig försummade på BB, de upplevde att de blev lämnade ensamma länge i ett rum utan information och stöd. Kvinnorna upplevde att det var vid hemkomst och efter att barnmorskan kommit på hembesök som de fick bra information. Personalen på BB gav motsägande information om till exempel amning, vilket kändes förvirrande för kvinnorna. Barnmorskorna visste inte om deras kollegor hade informerat kvinnorna eller inte, vilket resulterade i att kvinnorna fick bristande information. Kvinnorna berättade att de hade svårt att vila på BB eftersom det kändes stressigt på avdelningen.

1.3 Det nyfödda barnet

Den första tiden efter födelsen, är en stor omställning för både föräldrar och barn. Under denna tid kan föräldrarna behöva extra stöd och hjälp. Vården och stödet kring barnet kan se olika ut och är beroende på varje individs förmåga (Ransjö-Arvidson, Sjödin & Widström, 2014). Ett barn som föds före graviditetsvecka 37 räknas som prematurt. Barn som föds i vecka 35 eller 36 kan oftast vårdas på en vanlig BB avdelning. Föds barnet i vecka 34 eller innan krävs nästan alltid neonatalvård. Prematura barn som vårdas på BB kräver extra uppmärksamhet på att de håller temperaturen samt att de får i sig näring, eftersom prematura barn har ökat risk för hypoglykemi (lågt blodsocker). Barnen är i behov av extra tillmatning och kan inte vänta på att modersmjölken ska rinna till. Det prematura barnet utvecklar lättare gulsot (Lundqvist & Selander, 2016). Gulsot är vanligt hos nyfödda barn och beror bland annat på att betydligt fler röda blodkroppar behövs brytas ner hos en nyfödd jämfört med senare i livet. Bilirubin utsöndras då blodkropparna bryts ner. Höga nivåer av bilirubin kan vara skadligt. Innan barnet föds tar mamman hand om nedbrytningen, men sedan när barnet är fött måste barnet själv hantera detta. Nedbrytningen sker i levern. Det nyfödda barnets lever

har en låg förmåga till nedbrytning, vilket medför att barnet inte hinner bryta ner bilirubinet i samma takt som bilirubinet produceras. Gulsot behandlas oftast med tillmatning och ljusterapi (Selander, 2016).

“Målen med vården av det nyfödda barnet är en fullgod hälsa och välbefinnande samt prevention och upptäckt av ovanliga sjukdomar. Andra mål är att främja och stödja amning och att skapa förutsättningar för en väl fungerande amning, samt att ge föräldrarna stöd i sin roll som nyblivna föräldrar ” (Ransjö-Arvidson, Sjödin & Widström, 2014, s. 585).

Under 2004 amrades 83 % av alla barn vid fyra månaders ålder i Sverige. Under 2015 ammade 74 % av alla barn vid fyra månaders ålder (Socialstyrelsen, 2017a). Statistik från socialstyrelsen för 2015 visade att tiden som mamma och barn stannade på BB har minskat till under två dygn vid vaginal förlossning. Vårdgivare informerade om att det bidragit till att amningsproblem samt psykisk ohälsa inte alltid upptäckts. Vid tidig hemgång i Sverige kan det dröja en vecka innan familjen får träffa en sjuksköterska på BVC. Det dröjer 6-12 veckor innan kvinnan följs upp av MVC (mödrahälsovården) (Socialstyrelsen, 2017b). Kvinnor som fått ett bra stöd från vårdpersonal på BB gällande amning, ammar i större utsträckning (Palmér, 2010). Högutbildade kvinnor med en partner har bättre förutsättningar för att lyckas med amningen om de fått bra information om amning innan förlossningen och är positiva till det samt innehar ett gott självförtroende. Vårdpersonalens utbildning och åsikter är också av betydelse (Svensson & Zwedberg, 2016). En studie visade att tidig hemgång ej hade negativa effekter på depression och amning, ifall minst ett hembesök tillämpades (Waldenström, 2016).

1.4 Föräldrarnas omställning postpartum

En av livets största omställningar är att bli förälder, det kan innebära förändringar i identitet, relationer, roller och beteendemönster. Kvinnan går igenom en påtaglig psykisk och fysisk förändringsprocess för att bli biologisk mamma samtidigt som det innebär stora sociala förändringar. Upplevelsen i samband med graviditet, förlossning och nyföddhetstiden är viktig för modersidentiteten och självkänslan, därför är det betydelsefullt att det blir så positivt som möjligt. Stödet från barnmorskan samt annan vårdpersonal är viktig för att underlätta moderskapsutvecklingen hos kvinnan. Att bli mamma är för kvinnan en sårbar tid, där stöd är viktigt för att känna trygghet (Berg & Premberg, 2010).

När barnet är fött blir moderskapet konkret och mammans relation till barnet utvecklas. Kvinnor med positiv förlossningsupplevelse har lättare att knyta an till sitt barn än de som har upplevt en traumatisk eller ångestladdad förlossning (Berg & Premberg, 2010). Berg & Premberg (2010) beskriver också att fadersrollen har förändrats mycket över tiden, nya familjemönster och samlevnadsformer har påverkat faderskapet hos dagens män. Det kan vara individuellt när pappan kommer in i sin fadersroll, för några är det till exempel vid positivt graviditetstest. Papporna lär sig successivt att tolka barnets signaler och deras tålamod växer. Föräldraskapet kan också beskrivas som en existentiell utvecklingskris, då föräldrarna är i behov av stöd (Ransjö-Arvidson, Sjödin & Widström, 2014).

Kulturell bakgrund kan påverka kvinnans beteende starkt efter förlossningen. Vårdpersonal kommer i kontakt med kvinnor från olika länder och kulturer. Alla kulturer har olika metoder att ta hand om sina mammor och spädbarn. För att kunna möta de enskilda behoven och utforma en vårdplan behöver vårdpersonal förstå och respektera varje kvinnas värderingar.

Tecken på potentiella komplikationer och psykosociala behov som är viktiga för barnmorskan att vara uppmärksam på kan till exempel vara att kvinnan undviker prata om sin förlossning eller visar tecken på att vara deprimerad, familjemedlemmar reagerar negativt på barnet, kvinnan vägrar hålla barnet eller ta hand om det, har svårt att sova och uttrycker besvikelse över barnets kön (Lowdermilk & Perry, 2007).

Det finns två typer av depressionstillstånd postpartum, ett som debuterar tidigt och ett som debuterar senare under postpartumperioden. Ungefär tre till fyra dagar efter förlossningen drabbas cirka 40-80 % av kvinnorna av "maternity blues". De påverkas då psykiskt, symtomen kännetecknas bland annat av nedstämdhet, oro samt blandade känslor av glädje och sorg. "Maternity blues" går över efter några dagar. Innan kvinnan skrivs ut från BB är det av stor vikt att undersöka om risk för psykisk ohälsa föreligger (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). Postpartumdepression drabbar cirka var åttonde kvinna efter förlossningen (Josefsson & Lilliecreutz, 2014). En amerikansk studie visade att 10 % av de nyblivna papporna drabbades av förlossningsdepression (Paulson, Dauber & Leiferman, 2006). Det kan debutera när som helst innan barnet fyllt ett år, vanligaste tiden för debut är inom tre månader. En postpartumdepression ter sig som en vanlig depression. Skillnaden mellan de olika depressionerna är att den på sikt även kan påverka barnets emotionella utveckling (Josefsson & Lilliecreutz, 2014).

1.5 Relationen mellan barnmorskan och kvinnan

Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor ska barnmorskor stödja kvinnor i sin rätt att fatta beslut kring sin vård samt uppmuntra kvinnor att föra sin egen talan kring sin egen familjs hälsa (Barnmorskeförbundet, 2014). Den etiska kodens syfte går ut på att stödja kvinnor och barns hälsa. Barnmorskan har en stor betydelse gällande att stötta de normala processerna under graviditeten och i samband med barnafödande (Dykes, 2016).

En studie från Sverige visade att 26 % av kvinnorna var missnöjda med postpartumvården. Bristande stöd från barnmorskan samt brist på delaktighet i beslutsfattandet var några anledningar till att kvinnorna kände sig missnöjda (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006). Detta styrks också i en annan studie där föräldrar ansåg att vårdpersonalen fattade beslut åt dem på BB, även fast det ibland var emot föräldrarnas önskemål. Föräldrarna beskrev att de kände sig osäkra i vårdpersonalens närvaro, att det kändes som personalen ansåg sig vara mer kapabla till att främja familjens välbefinnande än familjen själva. En blivande pappa beskrev att han kände sig utanför, att vård i samband med barnafödande endast var något mellan kvinnan och barnmorskan. Många föräldrar uppgav att de kände sig oförberedda för den första perioden hemma vid utskrivning från BB (Ellberg, Hogberg, Lindh, 2010).

I en norsk studie av Dahlberg, Haugan och Aune, (2016) uppger en kvinna som fick hembesök av en barnmorska postpartum som hon även hade träffat under graviditeten följande:

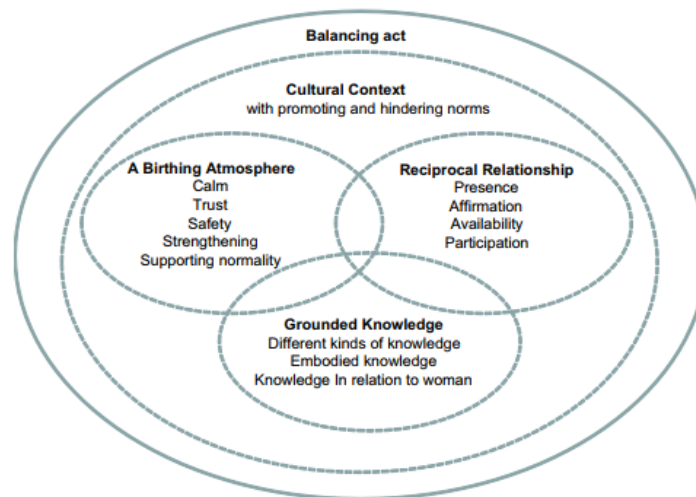
"I think that it was important that I knew the midwife. There were many factors that made it easier for her to help me than for many other health professionals I met during the birth and the postnatal period in the hospital" (Dahlberg, Haugan & Aune, 2016, s. 59).

Kvinnan hade mindre behov av information och uppföljning då kvinnan kände barnmorskan sedan tidigare, även kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan var öppnare. Kvinnorna i studien upplevde relationen med barnmorskan som mer personlig och säker vid hembesök, att barnmorskan var personligt intresserad av familjen samt att hembesök var ett sätt att avsluta relationen. Kvinnorna önskade samtala om förlossningen med barnmorskan som var med, även om förlossningen varit normal. Kvinnorna upplevde postpartumsamtalen på BB som stressiga. När barnmorskan som var med under förlossningen utförde hembesöket upplevde kvinnorna postpartumsamtalet som enklare att samtala om då det var ett tag sedan hon fött, samt att det fanns mer tid för att prata (Dahlberg, Haugan & Aune, 2016).

En isländsk studie visade att barnmorskans hembesök är en väldigt flexibel vårdmodell när det gäller den tiden som hembesöken tillhandahålls och den individuella bedömningen av kvinnans behov. Hembesök postpartum är en kontinuerlig och holistisk vård med fokus på individuell vård till kvinnor, spädbarn och familjer. Studiens resultat visade att barnmorskans hembesök var väldigt säkra och lättillgängliga för kvinnorna om de behövde råd och stöd dygnet runt, oavsett vilken dag det var (Sigurdardottir, 2010). Förtroende kan definieras som en vilja att förlita sig på någon eller något. Ett pålitligt förhållande mellan barnmorskan och kvinnan, kan stärka kvinnans självkänsla och ge henne säkerhet (Lundgren & Berg, 2007).

1.6 Midwifery model of care

MiMo (midwifery model of care) är en modell som skapades för att utveckla en evidensbaserad vårdmodell för kvinnocentrerad vård i Sverige och på Island, vårdmodellen skulle bli användbar för barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården. Fem stycken huvudteman utvecklades i modellen. Tre stycken av dessa fem huvudteman var centrala teman: ett ömsesidigt förhållande, förlossningsfrämjande miljö samt grundad kunskap. De övriga två teman var: balanserande akt samt kulturellt sammanhang (figur 1) (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012).



Figur 1. MIMO-modellen (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012).

Vårdmodellen utvecklades utifrån en sammanställning av 12 kvalitativa artiklar om förlossningsupplevelser i Sverige och på Island (Mimo care, 2015). Vikten av ett ömsesidigt förhållande mellan barnmorskan och den födande kvinnan och hennes partner klargjordes i

samtliga studier. I ett ömsesidigt förhållande måste barnmorskan förstå och lära känna kvinnan, samt hennes familjs behov. Fyra underkategorier skapades under detta tema: närvaro, bekräftelse, tillgänglighet samt delaktighet. En barnmorska som var närvarande fysiskt och mentalt skapade ett förtroendefullt förhållande med kvinnan. Bekräftelse innefattade att barnmorskan bekräftade kvinnan, att hon hade kommando över sig själv samt var en bra mamma till sitt barn. Barnmorskan måste finnas tillgänglig för kvinnan, stödja hennes unika behov och ge en känsla av säkerhet. Delaktighet innefattar gemensamma beslut mellan barnmorskan och kvinnan, och hennes partner. Brist på delaktighet kan skapa en känsla av att inte ha fött barnet själv (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012).

I huvudtemat förlossningsfrämjande miljö ingår underkategorierna stillhet, tillit, säkerhet, stärkande samt stödja normalitet. Den förlossningsfrämjande miljön stödjer det normala i födandet. Det ger en känsla av att vara hemma där kvinnan och hennes partner äger rummet. En ömsesidig relation med barnmorskan är en förutsättning för en förlossningsfrämjande miljö, kategorierna går in i varandra. En förlossningsfrämjande miljö och en ömsesidig relation med barnmorskan ger kvinnan en känsla av säkerhet och tillit samt är stärkande för kvinnan (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012).

Olika typer av kunskap, förkroppsligad kunskap samt kunskap i relation till kvinnan ingår i huvudtemat grundad kunskap. Det är viktigt att barnmorskan kan använda sin kunskap på olika sätt, för att tillfredsställa den enskilda kvinnans unika behov. Under kulturellt sammanhang ingår främjande och hindrande av normer, ett hinder inom vården är att barnmorskan tar hand om mer än en kvinna, alla kvinnor behöver en närvarande barnmorska. Det är ett hinder att barnmorskan måste gå från en kvinna till en annan och därmed riskera att bli frånvarande från alla kvinnorna. Det finns en härskande norm som säger att kvinnor ska föda på sjukhus, många kvinnor är inte medvetna om att det finns andra alternativ. Under huvudtemat balanserande akt ingår alla de övriga kategorierna, som är nödvändiga för att skapa en kvinnocentrerad vård. Barnmorskan måste skapa en ömsesidig relation och en förlossningsfrämjande miljö, samt använda sig av sin grundande kunskap och kunna hantera de hindrande kulturella normerna (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012).

1.7 Problemformulering

Det innebär en stor omställning att bli förälder. Det innefattar ett ökat behov av stöd, samtidigt som BB-vårdtiden blir kortare. Det finns forskning som visar att föräldrar är missnöjda med BB-vården. Studier om postpartumvård i hemmet visar att kvinnorna är nöjda med hembesöken. För att kunna bedriva god postpartumvård behövs det ökad kunskap inom området och forskning kring barnmorskans upplevelser av hembesök postpartum är mycket begränsad. Därför väcktes intresset att undersöka barnmorskors upplevelser av postpartumvård i hemmet. På Island utförs hembesök postpartum, därför valdes isländska barnmorskor för denna studie.

2. Syfte

Syftet med studien var att beskriva isländska barnmorskors upplevelser av postpartumvård i hemmet.

3. Metod

3.1 Urval

Inklusionskriterierna för studien var att barnmorskorna skulle arbeta eller tidigare hade arbetat med postpartum vård i hemmet, på Island. Rekryteringen till denna studie pågick under hela november 2017. Rekrytering av barnmorskor skedde med hjälp av en isländsk forskningsbarnmorska i en Facebookgrupp där isländska barnmorskor som arbetar med hembesök endast är medlemmar. Sju barnmorskor valde att delta i studien, även snöbollsurval tillämpades då inte tillräckligt många deltagare svarade på annonseringen i Facebookgruppen. Snöbollsurval innebär att den som intervjuas ger tips om andra personer som kan intervjuas (Widerberg, 2002). Samtliga barnmorskor var kvinnor och hade arbetat med postpartumvård i hemmet i mellan 2-24 år, mediantid var 12 år.

3.2 Datainsamling

Efter att deltagarna visat intresse för att medverka skickades ett mail till deltagarna med forskningspersonsinformation, där syftet med studien framgick, hur intervjun skulle gå till, att det var frivilligt att delta samt att deltagarna när som helst utan att ange orsak kunde avsluta sin medverkan (bilaga 1). När deltagarna samtyckt till att medverka i intervjun via mail bokades tid för intervju in. Deltagarna fick själva komma med önskemål kring tid för intervjun. Två intervjuer skedde via Skype, fyra intervjuer skedde via Facebooks webbkamera och en intervju skedde via ett fysiskt möte. Fyra av intervjuerna skedde på engelska, resterande tre intervjuer skedde på isländska. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon och pågick i mellan 18 - 45 minuter. Öppna och icke-ledande frågor ställdes för att barnmorskorna skulle kunna berätta fritt om sina upplevelser. Samtliga intervjuer inleddes med frågeställningen "Hur upplever du postpartum vård i hemmet?", uppföljande frågor ställdes för att täcka in författarnas intresseområde (bilaga 2). Frågorna kunde variera något beroende på intervju. Intervjuerna skrevs ut efter transkribering. Widerberg (2002) beskriver att en intervju som utförs på samma sätt till samtliga deltagare, är ingen kvalitativ intervju. Intervjudeltagarna skiftar, samt relationen och samtalet. Det viktiga i den kvalitativa intervjun är att fånga det unika samtalet som uppkommer under just den enskilda intervjun. Intervjun kan således vara mer eller mindre utarbetad på förhand, eller så kan frågorna utvecklas under intervjuens gång.

3.3 Dataanalys

Efter att varje enskild intervju utförts lyssnade författarna genom inspelningen, för att sedan översätta intervjun till svenska och transkribera intervjun ordagrant i ett dokument. Intervjuerna lästes sedan igenom upprepade gånger enskilt och gemensamt. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, analyseringen har skett enligt Tidström & Nybergs (2012) beskrivning på innehållsanalys. Materialet från intervjuerna reducerades genom att gå från enskilda uttalanden i intervjun till större helheter. Sedan fördes

de olika helheterna samman under olika kategorier. När författarna hittat de övergripande kategorierna påbörjades sedan en analysering vilket resulterade i olika underkategorier till de övergripande kategorierna.

En kvalitativ metod användes för studien då syftet var att beskriva upplevelser hos deltagarna. Kvalitativ forskning handlar om att klargöra ett fenomenets karaktär jämfört med kvantitativ forskning som handlar om att faställa mängder (Widerberg, 2002). Kvalitativ forskning karaktäriseras ofta som induktiv. Induktion är en process där författarna analyserar deltagarnas intervjuer i syfte att säga något om den givna klassens fall. Induktiv är motsatsen till deduktiv (Brinkmann & Kvale, 2014). Kvalitativ innehållsanalys används ofta när texter skall beskrivas. Tillvägagångssättet i denna studie gick ut på att räkna förekomsten av vissa särdrag i texten (Boréus & Bergström, 2005). Kvalitativ innehållsanalys beskriver på systematiskt sätt textinnehåll. Material samlas in i tidigt skede och avgränsas. Antingen kan texterna analyseras manuellt det vill säga av människor eller med hjälp av datorn. Det finns en fördel med manuell analys, då kan mer komplicerade tolkningar och bedömningar göras (Bergström & Boréus, 2005).

Att koda eller kategorisera intervju uttalandena är en av de vanligaste formerna av kvalitativ dataanalys. Vid kodning läser forskaren först igenom utskriften och relevanta avsnitt kodas. Detta innebär att ett eller flera nyckelord knyts ihop till ett textsegment, som underlättar senare identifiering av ett uttalande. En mer systematisk begreppsbyggnad kring ett uttalande är kategorisering, som skapar förutsättningar för kvantifiering. En lång mening i intervju uttalanden kan kategoriseras som leder till att den reduceras till några få enkla kategorier. Med kategorisering reduceras och struktureras intervjutexter till några få tabeller och figurer. Kodning bryter ner en text i mindre enheter medan meningstolkning kan vidga den ursprungliga texten. Meningskoncentrering som normalt bygger på kodning, innebär att intervjupersonernas yttranden dras samman till kortare formuleringar. Det vill säga långa uttalanden pressas samman i kortare, där huvudinnehållsbördan av det som sagts formuleras in i några få ord (Brinkmann & Kvale, 2014).

3.4 Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådets etikregler har deltagarna som medverkar i forskning rätt att få information kring studien samt bestämma om de vill medverka i studien eller inte (Codex, 2016). Barnmorskorna som intervjuades för denna studie informerades skriftligt via mail att det var frivilligt att delta och att de kunde avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak (bilaga 1). Intervjuerna hanterades konfidentiellt och kodades med slumpmässiga nummer, endast författarna samt handledaren hade tillgång till intervjuerna. Endast författarna hade tillgång till deltagarnas identitet. Barnmorskor som arbetar med postpartum vård i hemmet är egna företagare (Sjúkratryggingar Íslands, 2016). Det behövdes därför inget samtycke från arbetsgivare. Deltagarna medgav sitt samtycke via mail. Enligt Helsingforsdeklarationen ska all forskning som innefattar människor behandlas konfidentiellt samt med respekt över deltagarnas självbestämmande (World medical association, 2013). Forskning som avser människor behöver inte få godkännande från Etikprövningsnämnden när forskningen bedrivs på avancerad nivå inom ramen för högskoleutbildning (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2015:320).

4. Resultat

På den inledande intervjufrågan *Hur upplever du postpartumvård i hemmet?* framträdde tre kategorier, som sedan resulterade i totalt sex underkategorier (tabell 2). Citat har använts i resultatet, vilka har översatts och transkriberats ordagrant. Alla intervjupersoner har kodats med en siffra.

Tabell 1. Kategorier, underkategorier och kodning

KATEGORI	UNDERKATEGORIER	KODER
Skapa en trygg postpartumvård	Vikten av kontinuitet Trygg i sin hemmiljö.	Kontinuitet Holistisk vård Trygghet
Ett hälsofrämjande arbete	Stödja det friska Upplevs minska risken för sjukhusvård.	Riskminskning Hälsofrämjande Personlig
Personlig relation till barnmorskan och barnmorskans ansvar	Personliga relationen mellan barnmorskan och familjen Barnmorskans ökade ansvar.	Förtroende Stödjande Självständiga

4.1 Skapa en trygg postpartumvård

Postpartumvård i hemmet upplevs av barnmorskorna som en trygg holistisk vård med god kontinuitet för kvinnan och familjen i sin egen hemmiljö.

4.1.1. Vikten av kontinuitet

Barnmorskorna uttrycker vikten av kontinuitet, en holistisk vård, att det är en barnmorska som ger kvinnorna råd och bildar en relation med dem. Kvinnorna upplevs trygga i sin egen hemmiljö, de vågar ställa mer frågor och öppna sig. Barnmorskorna beskriver att de får en hel bild av familjen och att det bildas ett speciellt band mellan barnmorskan och kvinnan.

“I hemmet finns den här kontinuiteten, det är samma person som kommer hem. Vi har en bra kontakt med familjen. På sjukhuset arbetar det många barnmorskor som tar hand om patienten, det blir ingen kontinuitet, föräldrarna blir förvirrade eftersom de får missvisande råd och information”. 873

Barnmorskorna beskriver att det finns fördelar för kvinnorna med postpartumvård i hemmet eftersom kvinnorna har tiden med barnmorskan för sig själv och barnmorskan fokuserar bara på dem. Barnmorskorna upplever att kvinnorna känner sig trygga då de kan önska vilken

barnmorska som ska komma hem till dem berättar barnmorskorna. Oftast kommer barnmorskan som haft hand om dem inom mödravården eller på förlossningen hem till dem.

“Vi försöker ha en kontinuitet då samma barnmorska som haft hand om dem på mödravården kan fortsätta ta hand om dem i hemmet. En kontinuerlig vård. Samma barnmorska innan och efter, ibland väljer de barnmorskan som förlöste, oftast väljer de samma barnmorska som haft hand om dem på mödravården”. 1649

Postpartumvård i hemmet upplevs av barnmorskorna som tryggare och säkrare jämfört med postpartum vård på BB, på grund av en ökad kontinuitet i hemmet. På BB ges oftast olika råd och kvinnorna glöms lätt bort.

“På sjukhuset jobbar du skift, så självklart om du jobbar många dagar och tar hand om samma kvinnor.. det kanske är bättre.... Men det är alltid skift, så ibland börjar du skiftet och en barnmorska har givit ett annat råd om till exempel amning. Du kanske ändrar det. Det blir ingen kontinuitet. Jag tror att om det är mycket att göra på sjukhuset.. ibland blir kvinnorna bortglömda i postpartumvården”. 741

Det är inte bara kvinnorna som uppskattar kontinuiteten och att få träffa en barnmorska som de känner. Vissa barnmorskor beskriver att de helst tar hand om kvinnor i hemmet som efterfrågar dem specifikt eller som de tidigare tagit hand om. Att det känns kul att få följa familjen och avsluta graviditeten.

“Jag har varit hemma hos dem så mycket, det är så kul, ibland har jag tagit hand om dem på BB också. När jag lämnar så säger vissa “herregud vi kommer inte se dig mera”. Jag ber kvinnan ringa BVC och kolla när sjuksköterskan kommer hem till dem. Jag ber sedan kvinnan smsa barnets vikt när BVC kommit, för att.. “close the circle”. 238

4.1.2. Trygg i sin hemmiljö

Barnmorskorna beskriver att den typen av stöd kvinnorna får i samband med barnmorskans hembesök ger en känsla av trygghet för kvinnan och pappan, speciellt under den första veckan för de nyblivna föräldrarna. Kvinnorna upplevs tacksamma att barnmorskan kommer hem till dem i början, då många behöver mycket hjälp i sin nya roll som förälder. Kvinnor som har flera barn sedan innan är också i behov av stöd från barnmorskan, eftersom barnet de har fått är ett nytt barn. Även om kvinnorna har erfarenhet så kommer det en ny individ till familjen.

“Jag är som en gäst i deras hem, och jag tror att de känner sig tryggare de första dagarna då de vet att jag kommer. Det ger en känsla av säkerhet att ha denna typ av stöd”. 741

“De tycker att vården de får av barnmorskan i hemmet är bättre än vården på BB, för då är barnmorskan med dem och försvinner inte iväg till andra patienter när det larmar. Då barnmorskan är med dem i en timme och inte åker iväg, så känner de trygghet att de har barnmorskans telefonnummer och kan ringa henne under de dagarna som barnmorskan har ansvar”. 241

Barnmorskorna berättar att föräldrarna känns mer avslappnade i sin egen hemmiljö. Att det är en barnmorska som ger råd skapar trygghet. Allt blir mer tillfredsställande och säkert. Paret får mer information och mer djupa konversationer i hemmet än på sjukhuset.

“ De har lättare att prata om saker som de finner svårt att prata om, tidigare erfarenhet, deras bekymmer. Om de känner barnmorskan, så litar de på barnmorskan, att lita på barnmorskan betyder mycket. Men också för föräldrarna.. att vara hemma. Att de känner tryggheten och säkerheten i sin egen miljö. Det gör dem starkare”. 873

Den yngre generationen beskrivs ofta som mer villig att gå hem tidigt jämfört den äldre generationen. Förr i tiden då postpartumvård i hemmet inte fanns stannade kvinnorna längre på sjukhuset. Barnmorskorna beskriver det som att för många kvinnor idag är det självklart att gå hem tidigt.

“Jag tror de flesta tycker om att vara hemma, eftersom de har sin egen säng, sin egen hemmiljö, de sover bättre, och de har stödet från barnmorskan”. 238

4.2 Ett hälsofrämjande arbete

Barnmorskornas observation av mamma och barn gör att de i tid kan förhindra begynnande problem. Återinläggningar på sjukhus upplevs färre, som kan vara kostnadseffektivt för sjukhusbudgeten. Kvinnorna upplevs mobiliseras snabbare i hemmet, det i sin tur minskar risken för komplikationer

4.2.1. Stödja det friska

Barnmorskorna uppmärksammar att deras arbete också handlar om att stödja det friska, som i sin tur kan minska risken för komplikationer. Kvinnorna upplevs mobiliseras snabbare hemma eftersom de inte endast har tillgång till ett rum med en säng. Barnmorskorna behöver ibland påminna kvinnorna att ta det lugnt när de har kommit hem. Samarbetet med barnläkarna upplevs bra eftersom barnmorskorna alltid kan kontakta dem direkt om de känner sig oroliga för barnet. De beskriver att barnläkarna är väldigt nöjda med hembesöken eftersom barnen snabbare kommer in till sjukhuset om de är i behov av neonatalvård.

“Det som är viktigt med denna vården är också att vi gör tidiga interventioner om det är några problem.. som om barnet har sepsis, gulsot eller äter inte tillräckligt. Kanske är uttorkad. Med postpartum vård i hemmet så blir det en säkrare vård eftersom du upptäcker tecken och symtom tidigare innan det blir.. för läskigt”. 873

Amning är en stor och viktig del av hembesöken enligt barnmorskorna. De guidar och stöttar mammorna, som i sin tur underlättar en framgångsrik amning. Barnmorskorna nämner också att varje kvinna har rätt till två besök av en amningsspecialist om det behövs. De säger att de inte behöver använda det så ofta eftersom de själva kan mycket om amning, dessutom är det många barnmorskor som arbetar med hembesök som är legitimerade amningsspecialister.

“Vi kan ringa till en amningsexpert om det blir något problem, om man tycker att man behöver extra hjälp. Man har rätt till att en amningsexpert kommer två gånger, och det tycker jag är grymt bra. Jag har varit i behov av att använda detta, inte ofta, men det händer. Omföderns behöver ofta den hjälpen. Många av dem har dålig erfarenhet, och då är de tacksamma över att amningen fungerar andra gången”. 241

Barnmorskorna, beskriver att det blir en bättre kontinuitet gällande amning och att kvinnorna får de råd och den stöttning de behöver. Det kan leda till en mer lyckad amning eftersom barnmorskan finns där för dem och hjälper kvinnorna under den svåraste perioden. Barnmorskorna berättar för kvinnorna vad de kan förvänta sig av amning under de första dagarna och hur den ändras. Att få en lyckad amning kan leda till välmående både för mamma och barn.

“Så när amningen har kommit igång så går det bra. Kvinnorna ger upp de första dagarna om de inte får hjälp. Så jag tycker den här tjänsten är bra, speciellt för mammorna, att hjälpa dem genom de första dagarna”. 1011

“Jag har tagit hand om utländska kvinnor som är så förvånade över att få denna tjänst. För inte så länge sedan hade jag hand om en amerikansk kvinna, hon sa att om hon hade varit hemma ensam så hade amningen aldrig fungerat, att hon hade gått till barnläkare isåfall för att barnet inte gick upp i vikt, samt givit modersmjölksersättning och slutat amma”. 241

4.2.2. Upplevs minska risken för sjukhusvård

Återinläggning på sjukhus av mamma eller barn upplevs minskad efter att postpartumvård började bedrivas i hemmet. Barnmorskorna förklarar att eftersom de har bra koll på barnet så kan de minska risken för till exempel viktnedgång och gulsot, att detta i sin tur leder till färre återinläggningar på sjukhus.

“Vi minskar risken för återinläggning. Vi väger barnet på tredje dygnet och då upptäcker vi om barnet inte går upp i vikt och då hjälper vi till med det. Så nu tappar de inte lika mycket i vikt som de gjorde förut då de upptäckte det vid femdagars besöket hos barnläkaren. De behöver inte bli återinlagda i lika stor utsträckning som förr. De tillfällena har minskat drastiskt. Samma med gulsheten, vi tar ju prover och skickar till lab och tar bilcheck. Då kommer de tidigare in till sjukhuset och blir inlagda i god tid. ”. 1011

Då risken för återinläggningar minskar upplever barnmorskorna det som kostnadseffektivt för sjukhusbudgeten, även om barnmorskorna tycker att de inte får tillräckligt betalt för arbetet som de utför.

“Men jag tror den här tjänsten är väldigt kostnadseffektiv. Men vi tycker inte att vi får tillräckligt betalt för det. Men jag tror det sparar pengar åt sjukhus budgeten, en stor summa pengar. Om vi inte skulle ha det så här skulle kvinnorna stanna längre på sjukhus”. 741

4.3 Personlig relation till barnmorskan och barnmorskans ansvar

Relationen som skapas mellan kvinnan och barnmorskan kan leda till att kvinnan öppnar sig mer och berättar om upplevelser eller underliggande problem de tidigare inte pratat om. Barnmorskorna uppger att de måste ha tillit till sig själva och vara självständiga. Det är viktigt att utveckla sin kunskap och hålla sig uppdaterad.

4.3.1. Personliga relationen mellan barnmorskan och familjen

Att arbeta med postpartumvård i hemmet är ett roligt och givande arbete som ger mycket nöje, beskriver barnmorskorna. Att få uppleva de första dagarna med föräldrarna och barnet är väldigt roligt. Föräldrarna upplevs som glada och tacksamma när barnet är fött. Det ger en positiv atmosfär.

Barnmorskorna berättar att det kan skapas en värdefull relation mellan dem och kvinnan i hemmet. Ofta berättar kvinnorna om upplevelser eller underliggande problem de inte har pratat om tidigare, som kan vara en förklaring till deras beteende och varför de mår dåligt. Barnmorskorna hävdar att om kvinnorna hade varit på sjukhus då hade de sannolikt inte berättat detta, eftersom en god terapeutisk relation inte hade hunnit skapas.

“Relationen som skapas spelar stor roll för hembesöken”. 220

Relationen skapas inte bara med mamman utan också med pappan och hela familjen. Barnmorskan ser hur familjen bor och fungerar. Papporna frågar ofta lika mycket som mammorna och kan vara väldigt delaktiga. Yngre pappor upplevs vara mer delaktiga och intresserade än de äldre men alla pappor och mammor får samma information från barnmorskan.

“Det är en väldigt intim relation. Både med kvinnan, barnet och pappan. Jag tycker det är jätteroligt att ta hand om familjer. De blir liksom mina. Det är skillnad mellan BB och hembesök”. 220

Barnmorskorna finns för hela familjen, stöttar dem och ser dem som ett. Barnmorskorna beskriver att på BB får inte alltid papporna stanna kvar, även syskonen kan sakna sin mamma när hon inte är hemma. Postpartumvård i hemmet har därför betydelse för hela familjen.

“De är alltid med när jag kommer. De är alltid väldigt intresserade och de får samma information som mamman, jag ser paret som ett. Jag berättar hur de kan hjälpa till med att lägga barnet till bröstet, om det finns svårigheter, vad de kan hjälpa till med. Jag ger dem tips i samband med det, det är ju viktigt, pappan är den som stöttar mest”. 220

Det är väldigt viktigt att familjen vågar be om en ny barnmorska om det inte fungerar mellan dem. Annars blir relationen otillfredställande och kvinnan/paret kanske inte får lika bra nytta av barnmorskan som de borde.

“Om relationen fungerar med mamman så är de mer öppna för dig”. 873

“Jag älskar att lära känna föräldrarna, få en första relation, jag gillar också att vi har den här kontinuiteten, den holistiska vården”. 873

4.3.2. Barnmorskans ökade ansvar

Att arbeta med hembesök är väldigt självständigt och utmanande enligt barnmorskorna. De måste lita på sig själva, vara ansvarsfulla, lära sig nya saker och samtidigt utveckla sin kunskap. Ansvaret är stort eftersom de måste ha koll på både mamman och barnet. Då gäller det att vara uppmärksam på det som är avvikande. Barnmorskorna använder sig inom arbetet av en telefon, dit kvinnorna kan ringa/smsa vid behov.

“Jag använder telefonen väldigt mycket, skickar mycket sms. Jag ber dem skicka sms när barnet vaknar så att jag kan komma direkt och hjälpa dem att lägga barnet till bröstet”. 220

Barnmorskorna beskriver att de får betalt för ett visst antal besök under en begränsad tidsperiod. Räcker inte besöken till kan barnmorskan i samråd med kvinnan ansöka om byte av grupp, och därmed få utökade besök. Ibland beviljas inte det. Barnmorskorna har då fått utföra besöken obetalt, detta har också lett till att barnmorskorna helst endast åker på akuta besök. När postpartumvård började bedrivas i hemmet fanns inte grupperingarna A, B och C. Barnmorskorna upplever att det blivit bättre både för barnmorskan och för kvinnorna efter att kvinnorna började kategoriseras enligt detta system då kvinnorna får fler besök i grupp B och C, och barnmorskorna får mer betalt.

“En sak som jag vill se bättre här är att barnen som behöver vara på neonatal, till exempel barn som behöver åka till Sverige för hjärtoperation. De måste åka efter två till tre dagar och när de kommer tillbaka då finns ingen där för mamman. Allt fokus är på barnet (...) Barnet är äldre än 10 dagar när det kommer hem. Mamman har pumpat under tiden och gjort vad hon kan göra bäst, och när de går hem så är de så ensamma. Och jag tror att vi kan göra bättre där, kanske erbjuda dem två eller tre besök för att prata om amningen, bada”. 1649

Barnmorskorna är överens om att de inte får tillräckligt bra betalt för arbetet de utför. Majoriteten har studerat i 6 år på Universitetet för att bli legitimerade barnmorskor. Hembesöken innebär mycket jobb för lite pengar och barnmorskorna får lika mycket betalt på vardagar som på röda dagar och det tycker de är orättvist. Arbetsbelastningen kan vara olika eftersom kvinnorna befinner sig i olika hälsotillstånd. Om kvinnan är väldigt sjuk kontakter barnmorskan henne mer till exempel ringer eller sms:ar. Det är en service som inte ingår i hembesöken och barnmorskorna får inte betalt för det. Men de känner att det är deras ansvar att ha koll på kvinnan under hela ansvarsperioden och det är lätt att bli av med alla besöken under endast de första dagarna. Därför upplever barnmorskorna att de måste spara på besöken och ringa eller sms:a istället, så besöken räcker till hela ansvarsperioden.

“En gång hade jag en kvinna där allt verkade gå bra, bebisen hade förlorat mycket i vikt, amningen hade inte gått så bra som vi hade tänkt. Det var fredagkväll. Jag hade planerat middag med mina vänner samma dag. Detta var kl 14:00. Jag kunde inte vänta till dagen efter. Jag missade det mesta av middagen. Jag åkte dit och tog en bilcheck och blodprov. Sedan åkte jag till sjukhuset, sedan åkte jag till middagen. Detta kan hända, du måste vara medveten om detta, det är inte vanligt. Men om det händer kan du inte bara säga hejdå vi ses imorgon”. 238

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

I denna studie tillämpades kvalitativ metod med induktiv ansats. Rekryteringen av deltagare skedde via en Facebookgrupp för isländska barnmorskor som arbetar eller tidigare arbetat med postpartumvård i hemmet, samt med snöbollsurval. Barnmorskorna intervjuades efter ha givit sitt samtycke till att medverka i studien, intervjumaterialet översattes och transkriberades samtidigt. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Intervjuerna hanterades konfidentiellt och intervjupersonerna erhöll information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien.

Det har funnits både styrkor och svagheter med valet av metod. Rekrytering skedde via en Facebookgrupp då studien skrevs på högskolenivå och det fanns en tidsbegränsning samt en ekonomisk begränsning. Då Facebookgruppen fanns tillgänglig endast för isländska barnmorskor som arbetar eller tidigare arbetat med postpartumvård i hemmet bedömdes rekrytering via denna grupp som lämplig och pålitlig. Totalt intervjuades sju stycken barnmorskor. Att välja få deltagare (5-6) kan ge begränsad information vid innehållsanalys (Danielson, 2012). Då endast två stycken barnmorskor svarade på annonsen i Facebookgruppen, tillämpades även snöbollsurval. Valet att endast intervjua barnmorskor som frivilligt valt att arbeta med postpartumvård i hemmet kan ha inneburit en risk, då resultatet som framkommit till stor del givit en positiv bild av postpartumvård i hemmet. Barnmorskor som har valt att sluta arbeta med postpartumvård i hemmet hade varit intressanta att intervjua för att få ett helhetsperspektiv.

Kvalitativ metod valdes framför kvantitativ metod då det ansågs vara mest lämpligt i förhållande till studiens syfte, då det var för avsikt att studera personers levda erfarenheter av en företeelse (Henricson & Billhult, 2012). Då författarna sökt en slutsats genom intervjupersoners erfarenheter passade även induktiv ansats (Fejes & Thornberg, 2015). Intervjuerna skedde på engelska och isländska. Det kan ha funnits risker med att ha använt det engelska språket då varken författarna eller deltagarna hade engelska som modersmål, vilket riskerade att gå miste om djupet i upplevelserna. Författarna informerade därför deltagarna om att de när som helst kunde uttrycka sig på isländska ifall det var något som var svårt att beskriva på engelska. Då en av författarna hade isländska som modersmål har detta ansetts som en styrka och resultatet därmed pålitligt. Öppna icke-ledande frågor användes under intervjuerna för att inte påverka studiens resultat.

Att intervjuerna översatts och transkriberats samtidigt skulle kunna innebära en risk att gå miste om data. Metoden valdes för att behålla intervjuerna färska i minnet. Författarna har lagt ner mycket tid på översättningen och transkriberingen och deltagarnas meningar spelades upp om och om igen för att säkerställa att ingen data missas. Kvalitativ innehållsanalys var en lämplig analyseringsmetod då den ofta används vid analysering av text. Kvalitativ innehållsanalys anses som en lämplig analysform när forskaren är ny inom forskningen för att lära sig hur data ska läsas, struktureras och beskrivas. Under resultatdelen har citat använts. Citat kan användas från intervjuer för att göra resultatet trovärdigt (Danielson, 2012).

5.2 Resultatdiskussion

Barnmorskorna beskrev sina upplevelser av postpartumvård i hemmet i denna studie som en trygg holistisk vård, med bra kontinuitet för kvinnan och familjen i sin egen hemmiljö. Barnmorskorna beskrev att kvinnorna mobiliserades snabbare i hemmet, vilket minskade risken för komplikationer. Deras observation av mamma och barn gjorde att de i tid kunde förhindra begynnande problem. Med färre återinläggningar på sjukhus upplevdes det som kostnadseffektivt för sjukhusbudgeten. Relationen som skapades mellan barnmorskan och kvinnan kunde leda till att kvinnan öppnade sig mer och berättade om upplevelser eller underliggande problem de tidigare inte pratat om. Barnmorskorna upplevde sitt ansvar som stort, de måste ha tillit till sig själva, vara självständiga och uppmärksamma. De ansvarade för kvinnan och familjen i tio dagar vilket kunde vara utmanande.

Under kategorin “Skapa en trygg postpartumvård” framgick det att isländska barnmorskor som utförde hembesök strävade efter att få en bra relation med kvinnan samt kontinuitet för att skapa en holistisk vård. Barnmorskorna ville vara tillgängliga, delaktiga och närvarande för att kunna bekräfta kvinnan och skapa ett förtroendefullt förhållande med henne. Midwifery model of care (MiMo) är en vårdmodell som påminner om postpartumvården i hemmet. Det är en förlossningsinriktad vårdmodell men modellen och de isländska barnmorskornas upplevelser har mycket gemensamt. MiMo lyfte dessa delar, som att barnmorskan måste lära känna kvinnan, samt hennes familjs behov, vara närvarande fysiskt och mentalt samt skapa ett förtroendefullt förhållande med kvinnan. Barnmorskan måste finnas tillgänglig för kvinnan, stödja hennes unika behov samt ge en känsla av säkerhet. MiMo skulle kunna vara relevant för postpartumvården i länder där hembesök inte bedrivs. MiMo tog även upp den förlossningsfrämjande miljön, vikten av att få kvinnan och hennes partner att “äga rummet” (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012). Något som de isländska barnmorskorna tog upp, just tryggheten att vara i sitt egna hem. Att föräldrarna sov i sin egen säng och kände sig lugnare i hemmet. Det är viktigt med kontinuitet, att de får träffa samma barnmorska. Vårdmodeller som erbjuder kontinuitet bör utvecklas eftersom det ökar tillfredsställelsen hos kvinnor samt främjar det friska. Det ger även en mer kostnadseffektiv vård och kan minska risken för utbrändhet hos barnmorskor (Hildingsson, Karlström, Haines & Johansson, 2016).

Under kategorin “Ett hälsofrämjande arbete” beskrev barnmorskorna hembesöken som en hälsofrämjande vårdmodell då de upptäckte eventuella problem i tid, och därmed upplevdes risken för återinläggningar på sjukhus som minskad. I många länder måste kvinnor lita på sig själva och självständigt upptäcka eventuella problem efter att de skrivits ut från sjukhuset (Bingham, Kleppel, Suplee, & Stuebe, 2016). Barnmorskorna beskrev att kvinnorna fick mer amningshjälp i hemmet samt tillgång till amningsspecialist, vilket uppfattades som amningsfrämjande och därmed kunde bidra till en mer lyckad amning. På Island helammade 50 % vid 4 månaders ålder och 82 % delammade, mellan år 2004-2008 (Landlæknisembættið, 2012). År 2004 ammade (helamning och delamning) 83 % av alla barn vid fyra månaders ålder i Sverige. År 2015 ammade 74 % av alla barn vid fyra månaders ålder (Socialstyrelsen, 2017a). Amningen har minskat i Sverige över tid och kan bero på den minskade vårdtiden på BB. Detta skulle kunna tolkas som att amningsfrekvensen är högre på Island då kvinnorna fått mer amningsstöd efter förlossningen. Det går dock inte att jämföra amnings statistik i Sverige med Island fullständigt, då det gäller statistik från olika årtal. Då detta hälsofrämjande arbete också upplevdes minska risken för återinläggning på sjukhus, samt resulterade i kortare vårdtid på sjukhus ansåg barnmorskorna det även vara kostnadseffektivt för sjukhusbudgeten. Hållbar utveckling kan beskrivas som en form av hierarki där ekologisk hållbarhet likaväl som social och ekonomisk hållbarhet ses som en förutsättning (Kungliga tekniska högskolan [KTH], 2017).

Under kategorin “Tillit till barnmorskan och barnmorskans ansvar” uppgav barnmorskorna att om de kunde skapa en värdefull terapeutisk relation med kvinnan kunde det hjälpa kvinnan att uppnå ett bra självförtroende i modersrollen och känna sig trygg i sin nya roll. Detta gällde även om kvinnan var omföderska, då det var en ny person hon har fått i sina armar som hon behövde knyta an till och utveckla en relation med. Barnmorskorna beskrev också att denna relation kunde leda till att barnmorskorna gick till kvinnorna på obetalda hembesök. Berg & Premberg (2010) beskrev också vikten av att upplevelsen i samband med nyföddhetstiden,

gravitet och förlossning var viktig för modersidentiteten och självkänslan. Då kvinnan gått igenom psykiska och fysiska förändringar för att bli biologisk mamma. Barnmorskan som arbetar med postpartumvård i hemmet finns för hela familjen, stöttar dem och ser dem som ett. Hon är tillgänglig nästan dygnet runt under ansvarsperioden oavsett dag. Sigurdardottir (2010) nämner också att det är just detta som gör hembesöken flexibla och trygga. Ansvarsperioden varar i tio dagar, vilket leder till att barnmorskan finns där för kvinnan ifall hon till exempel drabbas av maternity blues. Under denna period är det viktigt att ha tillgång till en barnmorska som kvinnan har bildat en relation med (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). En studie som stödjer detta har visat att relationen med barnmorskan upplevs som mer personligt och säker vid hembesök (Dahlberg, Haugan & Aune, 2014).

Relationen med partnern togs också upp under kategorin "Tillit till barnmorskan och barnmorskans ansvar". Postpartumvård i hemmet är en vårdform som gör hela familjen mer delaktig i sin egen vård. De isländska barnmorskorna beskrev att det skapades en intim relation med båda föräldrarna. Hembesök kan leda till att pappan blir mer delaktig i omhändertagandet av barnet, vilket på sikt skulle kunna öka jämställdheten och pappans anknytning till barnet. Resultatet är i överensstämmelse med en studie där det framgick att nyblivna pappor betonade vikten av att få vara hemma, där kände de att de kunde ta hand om sin familj på ett bra sätt till skillnad från på sjukhuset. På sjukhuset kände papporna sig inte välkomnade eller involverade i omhändertagandet av barnet. Det är därför viktigt att involvera pappan i postpartumperioden (Nilsson et al., 2015)

Barnmorskornas gemensamma upplevelser i studien var att hembesöken postpartum var viktigt för familjen, för att skapa en trygg start för den nya individ som fötts. Studier från andra länder har påvisat behov av hembesök under postpartumperioden. En svensk studie visade att kvinnorna önskade mer stöd när de kom hem från BB, att de fått träffa barnmorskan de träffade under mödravården tidigare efter förlossningen samt att BVC kunde ge mer stöttning till kvinnorna, inte bara barnet (Barimani, Oxelmark, Johansson & Hylander, 2015). Det fanns en önskan hos kvinnorna om ökad kontinuitet och stöd efter förlossningen. Brist på delaktighet och beslutsfattande i sin egen vård var en anledning till att kvinnorna kände sig missnöjda med postpartumvården i Sverige (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006). Postpartumvård i hemmet stämmer också överens med personcentrerad vård, en modell där vården gått från den modell där patienten är den passiva mottagaren och istället är aktivt deltagande i sin egen vård. Detta innebär att vården och patienten, samt patientens närstående samarbetar (Vårdhandboken, 2017). Hembesök gör patienten och hela familjen mer delaktig i vården. Hembesök av en barnmorska tillämpas redan på vissa ställen i Sverige (Waldenström, 2016). På Södersjukhuset i Stockholm (SÖS) bedrivs BB-vård i hemmet, kvinnan går då hem 6-12 timmar efter förlossningen, det går via telefon nå en barnmorska dygnet runt och cirka ett dygn efter hemgång kommer en barnmorska hem till familjen (Södersjukhuset, 2017).

6. Slutsatser

Resultatet visade att barnmorskorna upplevde kontinuitet i vården samt en trygg miljö, vilket i sin tur uppfattades leda till en mer hälsofrämjande och kostnadseffektiv vård. Det upplevdes av barnmorskorna som något bra för familjerna. Denna studie visade tillsammans med andra

studier att postpartumvård i hemmet är en lyckad vårdform. Pappor blev mer delaktiga i omhändertagandet av barnet, vilket författarna har kommit fram till kan bidra till ett mer jämställt samhälle. Detta resultat kan vara användbart i samband med utveckling av postpartumvård i världen där postpartumvård i hemmet inte bedrivs, då forskning visat att kontinuitet ökar tillfredsställelsen hos patienter samt främjar det friska. Personcentrerad och kostnadseffektiv vård är något vården alltid strävat efter, vilket denna vårdform innebär.

6.1 Implikationer

I svensk media har det skrivits mycket den senaste tiden om den allt kortare BB-vårdtiden, och bland annat beskrivit hur en mamma som några timmar efter förlossningen fick ta en taxi hem från sjukhuset, omtöcknad och bestulen på en väldigt fin upplevelse som mamman själv beskrev det (Barr, 2017). Postpartumvård skulle eventuellt kunna förbättras efter förlossningen för kvinnan och hennes familj i Sverige, ifall hembesök började utföras i större utsträckning i Sverige. För att skapa en god vård postpartum krävs fortsatt forskning inom området, då det är av vikt att ny forskning finns tillgänglig. Om det endast finns fåtal studier om ett område, riskerar postpartumvården att försämrans enligt författarna.

7. Referenser

Askelsdottir, B., Lam-de Jonge, W., Edman, G., & Wiklund, I. (2013). Home care after early discharge: impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 29(8), 927-34. doi:10.1016/j.midw.2012.11.001

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S. E., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 29(3), 409-17. doi:10.1111/scs.12144

Barnmorskeförbundet (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor* [Broschyr]. Hämtad 17-11-13, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Barr, B. (2017, 21 maj). Skickades hem från BB - timmar efter födseln. *Expressen*. Hämtad 2017-12-14 från, <https://www.expressen.se/gt/skickades-hem-fran-bb-timmar-efter-fodseln/>

Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001

Berg, M. & Premberg, Å. (2010). Att bli förälder. I. Lundgren & M. Berg (Red.), *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 69-81). Lund: Studentlitteratur.

Bergström, G., & Boréus, K. (2005). *Textens mening och makt* (2.Uppl.) Narayana Press: Denmark.

Bingham, D., Kleppel, L., Suplee, P.D., & Stuebe, A.M. (2016). National Initiatives to Improve Systems for Postpartum Care. *Maternal & Child Health Journal*, 20, 66-70. doi: 10.1007/s10995-016-2171-1

Boréus, K., & Bergström, G. (2005). Innehållsanalys. G. Bergström & K. Boréus (Red.), *Textens mening och makt* (s. 43-44). Narayana Press: Denmark.

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3.Uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Britton, H. L., Britton, J. R., & Gronwaldt, V. (1999). Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. *Pediatrics*, 104(5), 1070-1076.

Codex. (2016). *Informerat samtycke*. Hämtad 2017-11-17, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62.
doi:10.1016/j.midw.2016.05.003

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (1. uppl./ s. 330-340). Lund: Studentlitteratur

Dykes, A. K. (2016). Den internationella etiska koden för barnmorskor. H. Lindgren, K. Christensson, & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 31). Lund: Studentlitteratur.

Ellberg, L., Hogberg, U., & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26(4), 463-468.
doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.006

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. A. Fejes. & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys*. (2. uppl./ s. 24). Stockholm: Liber AB

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (1. uppl./ s. 130). Lund: Studentlitteratur

Hildinsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care - Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 27-32. doi:10.1016/j.srhc.2015.11.002

Josefsson, A., & Lilliecreutz, C. (2014). Psykisk sjukdom i samband med graviditet och förlossning. H. Hagberg, K. Marsal, & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 462). Lund: Studentlitteratur.

Kungliga Tekniska Högskolan [KTH]. (2017). *Hållbar utveckling*. Hämtad 2017-12-06, från <https://www.kth.se/om/miljo-hallbar-utveckling/utbildning-miljo-hallbar-utveckling/verktygslada/sustainable-development/hallbar-utveckling-1.350579>

Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Services Research*, (8)16, 82. doi:10.1186/s12913-016-1300-2

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2015:320). Hämtad 2017-11-17, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Landlæknisembættið (Directorate of Health). (2012). *Brjóstgjöf og næring ungbarna á Íslandi sem fædd eru 2004–2008 (Breastfeeding and nutrition of infants born in 2004-2008)*. Hämtad 2017-12-07, från Landlæknisembættið webbplats:

https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostagjof_og_naering_2004-2008_juni.2012.pdf

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2007). *Maternity & women's health care*. (9. Uppl.) St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 21(2), 220–228.

Lundqvist, P., & Selander, B. (2016). Det för tidigt födda barnet. H. Lindgren, K. Christensson, & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 714-726). Lund: Studentlitteratur.

Lög um réttindi sjúklinga (Patientlagen) (nr. 74/1997). Hämtad 2018-01-09, från Alþingi (Parlamentet) webbplats: <https://www.althingi.is/lagas/147/1997074.html>

Mattern, E., Lohmann, S. & Ayerle, G.M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17. 1-16. doi: 10.1186/s12884-017-1552-9

Mimo care. (2015). *Om MiMo – Midwifery model of woman-centered childbirth care*. Hämtad 2017-11-30, från <http://mimo.care/>

Nationalencyklopedin [NE]. (2017a). *Post*. Tillgänglig: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/post->

Nationalencyklopedin [NE]. (2017b). *Partus*. Tillgänglig: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/partus>

Nationalencyklopedin [NE]. (2017c). *Barnabördshus*. Tillgänglig: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/barnb%C3%B6rdshus>

Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J., & Kronborg, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926-34. doi:10.1016/j.midw.2015.07.004

Palmér, L. (2010). Stöd vid amning. M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka* (s. 215). Lund: Studentlitteratur.

Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-669. doi:10.1542/peds.2005-2948

Ransjö-Arvidson, A. B., Sjödin, M. & Widström, A. M. (2014). Föräldra-barn-interaktion, amning och stöd efter födelsen. H. Hagberg, K. Marsál, & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (2. uppl./ s. 585). Lund: Studentlitteratur.

Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 178(7), 1-14. doi:10.1186/1472-6963-7-178

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, (2017). *Tidig hemgång efter förlossning*. Hämtad 2018-11-09, från <https://www.sahlgrenska.se/nyheter/tidig-hemgang-efter-forlossning/>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2016). *Vård efter förlossningen*. Hämtad 2017-11-07, från <https://www.sahlgrenska.se/w/v/vard-efter-forlossning/>

Selander, B. (2016). Hyperbilirubinemi. H. Lindgren, K. Christensson, & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 729-733). Lund: Studentlitteratur.

Sigurdardottir, H. (2004). Midwifery care first week after birth. Mothers' views on the service provided. *Ljósmaðrablaðið (Journal of the Icelandic Midwives Association)*, 82(2), 19-27.

Sigurdardottir, H. (2014). The experience and attitude of women. Postpartum care at home and in an institution. *Ljósmaðrablaðið (Journal of the Icelandic Midwives Association)*, 92(1), 16-22.

Sigurdardottir, H. (2010). The scope of midwifery homecare in Iceland. *Ljósmaðrablaðið (Journal of the Icelandic Midwives Association)*, 88(2), 7-12.

Sjúkratryggingar Íslands (Isländska försäkringskassan). (2017). *Heilsufarsflokkun sængurkonu og barns (Hälsa klassificering för mor och barn)*. Hämtad 2017-11-13, från <http://www.sjukra.is/um-okkur/eydublod/>

Sjúkratryggingar Íslands. (2016). *Rammasamningur (Kontrakt)*. Hämtad 2017-11-21, från <http://www.sjukra.is/media/heimathjonusta-ljosmaedra/Rammasamningur-ljosmaedra-feb-2016.pdf>

Socialstyrelsen. (2017a). *Statistik om amning 2015*. Hämtad 2017-10-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20662/2017-9-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Kartläggning visar brister i vården av kvinnor efter förlossning*. Hämtad 2017-10-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kartlaggningvisarbristerivardenavkvinnorefterforlossning>

Sydsjö, G., & Skoog Svanberg, A. (2016). Psykiska komplikationer i samband med förlossningen. H. Lindgren, K. Christensson, & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 680-683). Lund: Studentlitteratur.

Svensson, K., & Zwedberg, S. (2016). Amning - en komplex företeelse. H. Lindgren, K. Christensson, & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 655). Lund: Studentlitteratur.

Svensk förening för obstetrik & gynekologi. (2013). *Säker vård efter förlossning. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*. Hämtad 17-11-13, från https://www.sfog.se/media/154226/s_ker_v_rd_efter_f_rlossningen_2013.pdf

Södersjukhuset. (2017). *BB-hemma SöS*. Hämtad 2017-12-08, från <http://www.sodersjukhuset.se/Avdelningar--mottagningar/Graviditet-och-forlossning/BB-hemma/>

Tidström, A., & Nyberg, R. (2012). Beskriv material och metoder. R. Nyberg & A. Tidström (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (s. 135-136). Lund: Studentlitteratur.

Vårdhandboken. (2017). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2017-12-08, från http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad_varld/

Waldenström, U. (2016). Vårdformer i efterförloppet. H. Lindgren., K. Christensson, & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 742-743). Lund: Studentlitteratur.

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551-60.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

World medical association. (2013). *WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2017-11-17, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilagor

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Qualitative research project

Icelandic midwife's experiences of postpartum homecare

Information and request for participation in an interview study

Background and aim

Breastfeeding rates are decreasing in Sweden and in 2004, 83% of all children at four months of age were breastfed but in 2015 only 74% of all children at the same age were breastfed. Statistics by the National Board of Health in Sweden 2015 show that the time mother and child stay at the postpartum care unit have decreased to less than two days during vaginal birth. Caregivers inform that it has contributed to the fact that breastfeeding and mental health problems are not always detected. When mother and child are discharged early from the hospital it can take up to one week before they meet a pediatric nurse at the infant care center in Sweden (Barnavårdcentralen), which is only for children and their health. 6-12 weeks after giving birth the women are followed up by a midwife at the maternal health care (Socialstyrelsen, 2017).

Since year 1993 Iceland has offered women postpartum home visits from midwives. A midwife comes for a home visit up to eight times for 30-60 min each time. Women in Iceland are more satisfied with the postpartum care they get at home compared to postpartum care at the hospital (Sigurdardottir, 2004, 2014).

Criteria for eligibility for home visits are that the woman must go home within 6-36 hours after childbirth.

The aim of the study is to find out about the Icelandic midwife's experience of postpartum care at home.

How will the study be done?

The researchers are going to interview 5-6 midwives that work or have worked with postpartum home care in Iceland. The interviews will take about 30-60 minutes and will be recorded, later they will be transcribed. Only the researchers in this study will have access to the records and only the research group has access to information that is linked to the participants' personal identity.

Informed consent for participation in the study

I have taken part of the above information and wish to participate in the study. I agree that my interview answers may be treated as described above, and that the responsible for the study will take part of my answers. I know that my participation is completely voluntary. I am aware that, at any time, I can cancel my participation without further explanation.

If you want to participate in the study, reply to this email.

Responsible for the study are Ingibjörg Sigurdardottir and Veronika Birath: Registered nurses and midwife students at the University of Gothenburg, Sweden.

Supervisor Anna Dencker: Senior lecturer, registered nurse, registered midwife, PhD, Associate professor. Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg

Questions about the study? Please contact

Ingibjörg Sigurdardottir, email: gussiguin@student.gu.se

Veronika Birath, email: gusbirve@student.gu.se

Supervisor Anna Dencker, email: anna.dencker@gu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Hur länge har du arbetat som barnmorska?

Var har du varit verksam som barnmorska?

Inledande fråga:

Hur upplever du postpartumvård i hemmet?

Frågeområden:

Hur upplever du vanlig BB-vård jämfört med postpartumvård i hemmet?

Hur uppfattar du vad kvinnorna tycker om postpartumvård i hemmet?

Vad tycker du är viktigt med postpartumvård i hemmet?

Varför har du valt att arbeta med postpartumvård i hemmet?

Vad ger det dig som barnmorska att komma tillbaka till samma kvinna?

Kan du beskriva relationen mellan barnmorskan och kvinnan?

Följdfrågor:

Kan du utveckla det?

Skulle du vilja tillägga något?

Bilaga 3. Översatt från isländska till svenska. Kvinnorna bedöms efter denna tabell. Kvinnor och barn i kategori C går i vissa fall hem efter noggrann bedömning av barnmorska och ansvarig läkare (Sjúkratryggingar Íslands, 2017).

Mor	A	B	C
Puls/Blodtryck/andningsfrekvens	Normalt	Avvikelser, behöver observation	Ej normal
Postpartumblödning	<800ml	>800ml - <1500ml	≥1500ml
Förlossningsskada	Ingen, bristning grad 1-2, episiotomi (klipp)	Bristning grad 3-4, hematom	
Urinerig	Normalt	Har kateter	
ADL (aktiviteter i det dagliga livet)	Självständig	Väldigt trött mamma, (diagnoskod ICD O75,0)	Ej självständig
Preeklampsi/hypertoni	Nej	Mild, behövs observation	Allvarlig
Diabetes GDM/DM (graviditetsdiabetes/diabetes mellitus)	Nej	Stabilt blodsocker	Ostabil, behöver medicinerig
Multi para	Nej	Tvillingar utan komplikationer	
Sectio (kejsarsnitt)	Nej	> 24 timmar har gått utan komplikationer	Med komplikationer
Särskild administration	Nej	Ja (ny medicinerig, behöver recept)	Kräver ytterligare kontroller
Infektion	Nej	Kräver tillsyn	Hotar mammans liv
Psykiska störningar	I mental balans	Depression/ångest/PTSD	Kräver ytterligare observation
Sociala förhållanden	Acceptabla	Kommunicera genom tolk	Ej acceptabelt

Barn	A	B	C
Apgar vid 5 minuter	≥7		<7
Gestationsålder	37-42 veckor	Lätt prematur	Prematur
Vikt	Normal, baserat på gestationsåldern	SGA (för liten för tiden), äter bra	SGA, äter dåligt
Nutrition	Utan problem, amning/nappflaska	Problem vid näringstillförsel	Ej normalt
Avföring	Utan problem		Ej normal
Blodsockerkontroll	Stabil	Stabil nu	Ej stabil
Infektion	Nej		Hotar barnets liv.
Rhesus försvar	Negativ Coombs	Positiv Coombs, ej gult barn	
Ikterus	Nej	Svag ikterus efter 24 timmar	Onormal ikterus innan 24 timmar
Ductus arteriosus	Stängd	Öppen	
Allvarliga hälsoproblem	Detekterades inte genom screening		Detekterades genom screening