



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

OMFÖDERSKORS UPPLEVELSER AV TRYGG HEMGÅNG EFTER FÖRLOSSNINGEN

Linda Catic & Matilda Claesson

| | |
|-------------------------|--|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i Reproductiv och Perinatal hälsa |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | Ht 2017 |
| Handledare: | Margareta Mollberg |
| Examinator: | Eva Lidén |

| | |
|-------------------------|--|
| Titel (svensk): | Omfödorskors upplevelser av trygg hemgång efter förlossningen - Att återgå till hemmet sex till tolv timmar postpartum |
| Titel (engelsk): | Parous women's experiences of safe return home after delivery - Returning home six to twelve hours after birth. |
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i Reproductiv och Perinatal Hälsa |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | Ht 2017 |
| Handledare: | Margareta Mollberg |
| Examinator: | Eva Lidén |
| Nyckelord: | Tidig hemgång, omfödarska, moderns upplevelser, postpartumvård |

Sammanfattning:

Bakgrund: Det blir allt vanligare att kvinnor lämnar sjukhuset tidigt efter förlossningen. Under mitten av 1900-talet var det vanligt med en vårdtid på två veckor efter förlossningen, men idag är den normala vårdtiden 24–48 timmar i Sverige. En ny rutin avseende tidig hemgång benämnd trygg hemgång efter förlossningen (THG) är införd vid en kvinnoklinik i västra Sverige. Rutinen innebär att väsentligt friska omfödorskor som har genomgått en normal förlossning och fött ett friskt barn, erbjuds att återgå till hemmet tidigast sex timmar efter förlossningen. Istället för att eftervårdas på BB-avdelning erbjuds kvinnorna tidig uppföljning i form av ett telefonsamtal dagen efter hemgång och ett återbesök till BB-mottagningen 48–72 timmar efter födseln.

Syfte: Syftet var att beskriva omfödorskors upplevelser av den nya rutinen trygg hemgång efter förlossningen.

Metod: En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats baserad på semistrukturerade intervjuer med nio kvinnor som återgått till hemmet enligt den nya rutinen THG.

Resultat: I resultatet framkom följande tre kategorier; *valet vid THG påverkas av olika omständigheter, trygghet uppnås genom olika faktorer* samt *stöd kan erhållas på olika sätt*, vilka förklarades genom underkategorier.

Slutsats: Omfödorskor upplever det positivt att gå hem enligt den nya rutinen THG. Viktiga faktorer för att upplevelsen ska bli positiv är; att det är kvinnors eget val att gå hem från förlossningsavdelningen, att kvinnor erhåller konkret och tydlig information av barnmorskan innan hemgång, att kvinnor vet vart de kan vända sig för stöd vid behov samt att de har emotionellt och fysiskt stöd av sin partner i hemmet.

Nyckelord: Tidig hemgång, omfödarska, moderns upplevelser, postpartumvård

Abstract

Background: It is becoming more common for women to leave the hospital early after childbirth. During the middle of the 20th century, it was usual for a care period of two weeks after delivery, but today the normal care time is 24-48 hours in Sweden. A new early discharge routine called safe return home after delivery (THG) was introduced at a women's clinic in western Sweden. The routine means that substantially healthy parous women, who have undergone a normal delivery and have a healthy child are offered to return to their home no later than six hours after childbirth. Instead of aftercare at the BB department, women are offered early follow-up in the form of a telephone call the day after they leave the hospital and a visit to the BB-reception 48-72 hours after birth.

Aim: The aim was to describe parous women's experiences of the new routine safe return home after childbirth.

Methods: A qualitative content analysis with inductive approach based on semi-structured interviews with nine parous women returning home according to the new routine THG.

Results: The result was the following three categories; *the choice at THG is affected by different circumstances, safety is achieved through various factors, and support can be obtained in different ways*. These were explained by subcategories.

Conclusions: Parous women experience it as positive to go home according to the new routine THG. Important factors for the overall experience to be positive are; that it is a personal choice to go home, that women receive concrete and clear information of midwife before returning home, that women know where to turn for support when needed and that they have emotional and physical support from the partner at home.

Keywords: Early discharge, second-time mothers, mothers' experiences, postpartum care

Förord

Vi vill först och främst tacka de kvinnor som deltog i intervjuerna, utan er hade vi inte haft möjlighet att genomföra studien. Era erfarenheter var tankeväckande och inspirationsgivande för oss i vår blivande yrkesroll. Vi hoppas att era upplevelser kommer till nytta. Vi vill även tacka vår handledare Margareta Mollberg för god handledning och konstruktiv feedback som drivit arbetet med studien framåt. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete och en minnesvärd tid under vår sista kurs ihop i barnmorskeprogrammet.

Göteborg 2017-12-17

Linda Catic & Matilda Claesson

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Historik | 1 |
| Eftervård vid förlossning i Sverige | 2 |
| Tidig hemgång | 2 |
| Fördelar vid tidig hemgång | 2 |
| Negativa konsekvenser hos mor och barn vid tidig hemgång | 3 |
| Partnerns roll vid tidig hemgång | 3 |
| Barnmorskans stödjande och stärkande roll | 4 |
| Vård vid ”Trygg hemgång efter förlossningen” | 4 |
| Problemformulering | 5 |
| Syfte | 6 |
| Metod | 6 |
| Design | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Datainsamling | 6 |
| Urval | 7 |
| Dataanalys | 7 |
| Etiska överväganden | 8 |
| Resultat | 9 |
| Valet vid THG påverks av olika omständigheter | 10 |
| Omfödorskor har en förförståelse av THG | 10 |
| THG var inte alltid ett erbjudande | 11 |
| Att göra vården en tjänst | 11 |
| Trygghet uppnås genom olika faktorer | 12 |
| Att vara omfödorska | 12 |
| Att erhålla adekvat information | 14 |
| Att återgå till sin hemmiljö | 16 |
| Stöd kan erhållas på olika sätt | 17 |
| Uppföljning från sjukvården | 17 |
| Att erhålla stöd från partner och anhöriga | 18 |
| Diskussion | 19 |
| Metoddiskussion | 19 |
| Resultatdiskussion | 22 |
| Slutsatser | 25 |

| | |
|------------------|----|
| Vidare forskning | 25 |
| Referenslista | 27 |
| Bilaga 1 | 31 |
| Bilaga 2 | 33 |
| Bilaga 3 | 34 |
| Bilaga 4 | 36 |
| Bilaga 5 | 37 |

Inledning

Kort vårdtid eller så kallad tidig hemgång från förlossningsavdelningen är en vanlig vårdform som tillämpas vid ett flertal kvinnokliniker i Sverige. Vårdformen infördes på 1980-talet med anledning av att inga väsentliga medicinska komplikationer hos vare sig mor eller nyfött barn rapporterats, jämfört med traditionell eftervård på BB-avdelning. Tidig hemgång från förlossningsavdelningen innebär att väsentligt friska kvinnor som har genomgått en normal förlossning och fött ett friskt barn, erbjuds att återgå till hemmet tidigast sex timmar efter förlossningen. Istället för att eftervårdas på BB-avdelning erbjuds de kvinnor som går hem inom ett dygn efter förlossningen en tidig planerad uppföljning. Uppföljningen görs av barnmorskor och barnläkare på BB-mottagning och är organiserad inom öppenvård. En ny rutin avseende tidig hemgång benämnd trygg hemgång efter förlossningen (THG) är införd vid en kvinnoklinik i västra Sverige. Intresse för ämnet väcktes under verksamhetsförlagda studier. Studien är motiverad då det saknas forskning om kvinnors upplevelser av den nya rutinen THG. Denna studie kommer att beskriva olika aspekter av omföderns upplevelser av att återgå till hemmet sex till tolv timmar efter att barnet är fött.

Bakgrund

Historik

Det blir allt vanligare att kvinnor lämnar sjukhuset tidigt efter förlossningen, både i Sverige och internationellt (Kurth, Krähenbühl, Eicher, Rodmann, Fölmli, Conzelmann & Zemp, 2016; Persson & Dykes, 2000). Vad som anses vara tidigt har under årens gång förändrats och skiljer sig världen över. Definitionen av tidig hemgång postpartum varierar därför mellan 6–72 timmar i olika länder (Kurth et al., 2016; James, Sweet & Donnellan-Fernandez, 2016; Danbjorg, Wagner & Clemensen, 2014). Detta innebär att det som anses vara tidig hemgång i ett land, är en normal vårdtid i ett annat (Askelsdottir, Lam-de Jonge, Edman & Wiklund, 2013).

Vårdform efter förlossningen har över tid varierat. Under mitten av 1900-talet var det vanligt förekommande med en vårdtid på cirka två veckor efter förlossningen (Lindberg, 1994). Under denna vårdtid skiljdes mor och barn vanligen åt på sjukhuset och förenades på bestämda tidpunkter för amning. Övrig tid befann sig de nyfödda barnen i s.k. barnsalar tillsammans med barnsköterskor som övervakade dem (Waldenström, 1987). Falu lasarett var först i Sverige med att 1984 införa tidig hemgång efter förlossningen. Då innebar det att nyförlösta kvinnor lämnade förlossningskliniken 24–48 timmar postpartum och ett dagligt hembesök av en barnmorska utfördes tre till fyra gånger under barnets första levnadsvecka. (Waldenström, Sundelin & Lindmark, 1987). Tidig hemgång introducerades för att främja delaktighet hos partner och syskon, förhindra vårdrelaterade infektioner hos mor och barn, skapa bättre förutsättningar för vila och sömn för modern, stärka självförtroendet i att kunna ta hand om sitt barn samt att minska risken för motsägelsefulla amningsråd från olika vårdpersonal (Brown et al., 2002). Barnmorskan Ulla Waldenström var en av de första forskarna att undersöka utfallet på mor och barns hälsa vid tidig hemgång efter förlossning i Sverige. Redan på 1980-talet ansågs tidig hemgång, i kombination med tydliga riktlinjer kring uppföljning, vara ett säkert alternativ för friska mödrar som genomgått en normal förlossning och fött ett fullgånget friskt barn. (Waldenström, Sundelin. & Lindmark, 1987). Den förväntade vårdtiden postpartum har sedan dess förkortats succesivt. År 2016 var den

vanligaste vårdtiden efter okomplicerad vaginal förlossning 24–48 timmar för både först- och omfödorskör. För omfödorskör var det i princip lika vanligt att gå hem efter 12–24 timmar under förutsättningar att inga komplikationer förekom hos varken modern eller det nyfödda barnet (Socialstyrelsen, 2016).

Eftervård vid förlossning i Sverige

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982) ska målet för hälso- och sjukvården vara en god vård på lika villkor för alla. Lagen ställer krav på att vården ska vara lättillgänglig, tillgodose patientens behov av självbestämmande och integritet samt behovet av säkerhet och kontinuitet i vården (Ibid.). Kartläggning av Socialstyrelsen (2017) visar att den vård som erbjuds kvinnor efter en förlossning i Sverige varierar beroende på i vilken region eller landsting kvinnorna vårdas inom. Det kan förekomma skillnader i hur lång vårdtiden på sjukhuset är efter förlossningen samt olika möjlighet för kvinnorna som fött barn att kunna påverka denna. Andra skillnader kan vara olika alternativ för eftervård då mamman och barnet lämnat förlossningsavdelningen samt vilken uppföljningsmetod som erbjuds. Telefonuppföljning, återbesök eller hembesök av barnmorskan är exempel på olika uppföljningsmetoder som tillämpas. Socialstyrelsens bedömning är att regionerna och landstingen behöver säkerställa att all vård efter förlossning utformas så att kvinnornas behov av stöd, information och återhämtning tillgodoses. Vårdtiden skall även beslutas i samråd med kvinnorna som fött barn och utifrån både psykiska och fysiska behov (ibid.).

Tidig hemgång

Fördelar vid tidig hemgång

Det förekommer inte någon statistisk skillnad i varken maternell eller neonatal sjuklighet samt återinläggning på sjukhuset vid tidig hemgång jämfört med traditionell eftervård på BB-avdelningen (Ellberg, 2008; Sainz Bueno, Romano, Teruel, Benumea, Palacin, Gonzalez & Manzano, 2005; Waldenström & Lundmark, 1987). Det förekommer heller inte någon skillnad i neonatal dödlighet, viktförlust hos barnet under nyföddhetsperioden, hyperbilirubinemi och amningsutfall vid tidig hemgång (Ellberg, 2008). När kvinnor upplever tidig hemgång som ett erbjudande från barnmorskan på förlossningsavdelningen, det vill säga att de själva gör valet att gå hem tidigt, upplevs det mer positivt än om de hade känt sig tvingade att lämna sjukhusets förlossningsavdelning (Persson & Dykes, 2000). Kvinnorna upplever även att tidig hemgång underlättar i anknytningsprocessen och att de lär känna sitt nyfödda barns dygnsrytm snabbare jämfört med om de skulle eftervårdas på BB-avdelningen. Kvinnorna upplever också större självförtroende i sitt moderskap då de tidigare behöver ta ett större ansvar för sitt barn jämfört med om de kvarstannar en tid på BB-avdelningen efter sin förlossning (Waldenström, 1987). En annan positiv upplevelse av att återgå till hemmet tidigt efter förlossningen är att det upplevs vara lugnt hemma till skillnad från på BB-avdelningen. På BB-avdelningen störs kvinnan lätt av personal samt andra kvinnor och barn då de till exempel ska vila. Att återgå till hemmet tidigt kan därför påverka kvinnan positivt och i sin tur gynna amningsstarten (James et al., 2016). Att återgå till en trygg och välkänd hemmiljö med sitt nyfödda barn stärker kvinnan (Kurth et al., 2016; Persson & Dykes, 2000; James et al., 2016; Löf, Svalenius & Persson, 2006; Beake, McCourt & Bick, 2005) och upplevelsen av att det är parets gemensamma barn. Känslan av samhörighet ökar vid tidig hemgång efter förlossningen och är en viktig faktor för hela familjens välmående (Persson & Dykes, 2000; Löf et al., 2006). Tidig hemgång anses vara accepterat av kvinnorna så länge de känner att de får det praktiska, informativa och psykiska stöd de behöver (Beake et al., 2005). Mycket av

detta stöd kan kvinnorna erhålla av familj och vänner, så väl som från barnmorskan, vilket möjliggör tidig hemgång efter förlossningen (ibid.).

Negativa konsekvenser hos mor och barn vid tidig hemgång

I en studie framkommer det att kvinnor kan uppleva att de inte har tillräckligt med tid på sig att bedöma om de är redo att återgå till hemmet, samt uppleva att de blir pressade av vårdpersonalen att ta ett beslut som de senare ångrar (Ellberg, 2008). Det är väsentligt att kvinnan som nyligen fött barn har tillräckligt med tid på sig att kunna ställa frågor om det som oroar dem, angående dem själva samt deras nyfödda barns hälsa, då denna oro annars kan komma att påverka kvinnans hälsa i fortsättningen samt vidare hennes barn (Walker, Murphey & Nichols 2015). För de flesta föräldrar känns första tiden med deras nyfödda barn komplext på flera sätt, inte minst när det kommer till amning. Oro förekommer kring att inte använda sig av rätt amningsteknik samt att barnet inte får i sig den mängd mat som barnet behöver. Det kan leda till känslor av osäkerhet och behov av mycket råd och stöttning (Kurth et al., 2016). Kvinnornas upplevelser av att inte klara sig på egen hand kan finnas närvarande och därmed ett behov av att kvarstanna och eftervårdas på BB-avdelningen (James et al., 2016). Det framkommer även i studier att kvinnor som fött barn erhåller otillräckligt med information postpartum angående hennes egen hälsa och kroppsförändringar samt information kring amning, sömn och säkerhet för hennes nyfödda barn (Kanotra et al, 2007; Sword et.al 2012; Walker et al., 2015). Tidig hemgång kan därmed innebära utmaningar för hälso-och sjukvården då föräldrarnas behov av individuellt stöd blir svårare att tillgodose samt att medicinska tillstånd hos barn blir svårare att förebygga, upptäcka och behandla jämfört med om kvinnorna och dess nyfödda barn eftervårdats på BB-avdelningen (Ellberg, 2008).

Partnerns roll vid tidig hemgång

Omhändertagandet efter förlossningen ska fokusera på den nyförlösta kvinnans och barnets behov men även på hela familjens och partners välbefinnande (WHO, 2001). När kvinnor väljer att gå på tidig hemgång från förlossningsavdelningen behöver de stöd för fysiska såväl som för emotionella behov, då de första veckorna med ett nyfött barn innebär en stor omställning (Barimani, 2012; Ricci, 2013; Gazmarian et al., 2014; Martin et al., 2014). Den stora omställningen gör att kvinnor behöver möjlighet till avlastning för att kunna vila och återhämta sig efter förlossningen (Hildingsson, 2003). Dock är det inte ovanligt att det endast är kvinnan som får kvarstanna för eftervård på sjukhuset, vilket kan medföra otillräcklig avlastning samt att partnern känner sig mindre delaktig (Kurth et al., 2016; Löf et al., 2006). Det har dock visat sig att partners lägger beslutet kring valet av att gå på tidig hemgång hos kvinnan. Om kvinnan känner sig nöjd med beslutet att gå hem så är partnern också nöjd (Persson & Dykes, 2000). Forskning visar att vid tidig hemgång skapar hela familjen en tidig kontakt med det nyfödda barnet jämfört med om modern och det nyfödda barnet själva kvarstannar på BB-avdelningen (Persson & Dykes, 2000; Boe Danbjorg et al., 2013; Kurth et al., 2016). En tidig kontakt med det nyfödda barnet kan skapas då partnern kan ta ett större ansvar för barnet och lättare känna sig mer delaktig. Partnern kan uppleva större delaktighet genom att bidra med uppgifter kring barnet såsom blöjbyten och även avlasta kvinnan genom att hjälpa till i hushållet (Waldenström, 1987; Löf et al., 2006; James et al., 2016).

Barnmorskans stödjande och stärkande roll

Barnmorskan har en viktig stödjande roll under förlossningen och eftervården. Viktiga faktorer i barnmorskans bemötande är att vara stöttande och uppmuntrande, och på så sätt stärka kvinnan och partnern i deras föräldraskap samt göra dem trygga inför hemgång (Löf et al.; Persson & Dykes, 2000). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2006) är det barnmorskans uppgift att se till parets kunskaper och erfarenheter samt visa respekt och omsorg för parets autonomi. Det är viktigt att barnmorskan är tillgänglig men har ett förhållningssätt som gör paret delaktiga under förlossningen så att de känner att det är deras förlossning och att de klarat av den tillsammans (Persson & Dykes, 2000). Detta kan bidra till att paret känner sig trygga i sin nya roll och därmed trygga i att gå hem från förlossningsavdelningen (Persson & Dykes, 2000.). Efter förlossningen är det barnmorskan som ansvarar för att rätt kvinnor erbjuds att gå hem tidigt från förlossningsavdelningen. Barnmorskan ansvarar även för att planerad vårduppföljning bokas in, och att kvinnorna får den information de behöver för att kunna återgå till hemmet tidigt.

Under den tidiga postpartumperioden (några dagar till veckor efter förlossningen) upplever de nyblivna mödrarna många orosmoment. Det kan handla om amning, skötsel kring sitt nyfödda barn, eller kroppsliga och psykiska påfrestningar hos dem själva (Gazmarian et al., 2014; Martin et al., 2014). Det är viktigt att barnmorskan försäkras om att kvinnan känner sig redo för steget att gå hem med sitt nyfödda barn och ger henne individuellt anpassad information angående de frågor kvinnan har innan hemgång (David, Dsouza, Prabhu, & Lewis, 2012; Almalik & Dean 2017). Kvinnorna behöver praktiskt, informativt och psykiskt stöd från barnmorskan (Beake et al., 2005). Det är även viktigt att kvinnorna känner sig säkra på vart de kan vända sig när de behöver fråga något som gäller deras nyfödda barn eller dem själva, samt att det är lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården vid behov av hjälp (Boe Danbjorg et al., 2014; Löf et al., 2006).

Vård vid "Trygg hemgång efter förlossningen"

I Sverige är eftervården vid tidig hemgång från kvinnoklinikernas förlossningsavdelningar utformad med olika rutiner beroende på vilken region eller vilket landsting den nyförlösta kvinnan fött barn i. Vid en kvinnoklinik i västra Sverige har en ny rutin avseende tidig hemgång från förlossningsavdelningen utformats och introducerades i början av 2017. Denna rutin är benämnd "Trygg hemgång efter förlossningen" (THG) och innebär att omfödorskorna erbjuds att återgå till hemmet sex till tolv timmar postpartum. Den nya rutinen baseras på aktuell forskning inom området (Almalik & Dean, 2017; Askelsdottir et al., 2013; Danbjorg, Wagner, & Clemensen, 2014; Gazmarian et al., 2014; James et al. 2016; Martin et al., 2014; Walker et al., 2015; Ricci, 2013.) Följande text beskriver den nya rutinen THG steg för steg.

För att den nyförlösta kvinnan ska bli erbjuden tidig hemgång krävs det att hon är omfödorska, väsentligen frisk och har genomgått en normal förlossning utan komplikationer. För att barnmorskan ska kunna avgöra vilken omfödorska som kan erbjudas THG används en checklista som stöd. Checklistan ska vara signerad av barnmorskan och utan anmärkning (se bilaga 1 vad det innebär för mor respektive nyfött barn) för att kvinnan ska kunna erbjudas att återgå till hemmet. Istället för att eftervårdas på BB-avdelningen erbjuds kvinnan uppföljning på BB-mottagningen, organiserad inom öppenvård.

De första sex timmarna efter förlossningen eftervårdas mor och barn på förlossningsavdelningen. Under denna tid kontrolleras moderns vaginala blödning från uterus

eller eventuella bristningar i underlivet samt moderns blodtryck, puls och allmäntillstånd. Modern ska även ha kissat innan hon återgår till hemmet, för att på så sätt utesluta och undvika urinvägskomplikationer. Det nyfödda barnet observeras och eftersköts. I efterskötningen av barnet ingår det att barnmorskan mäter barnets längd, vikt, huvudomfång och kroppstemperatur. Vidare kontrollerar barnmorskan att barnets anus är öppen och att gommen är hel. Barnmorskan kontrollerar att barnet ligger hud-mot-hud och att barnet sugit på moderns bröst. Därefter får mor och barn återhämta sig genom fortsatt vila och födointag. Det finns även möjlighet att erbjuda modern smärtlindring t.ex. mot eftervärkar eller för smärtan relaterad till bristningar i underlivet, om så skulle behövas. Tidigast sex timmar postpartum kan barnet undersökas av barnläkare för att säkerställa barnets hälsa. Därefter kan familjen återgå till hemmet om barnläkarundersökningen är utan anmärkning och om utskrivningssamtal tillsammans med barnmorska skett. Utskrivningssamtalet sker både muntligt och skriftligt utifrån en förtryckt broschyr som syftar till att ge föräldrarna tydlig information om den fortsatta vårdplaneringen, samt vart de kan vända sig vid eventuella frågor och funderingar efter hemgång (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska neonatalsektionen, 2013).

Vid THG ringer en barnmorska upp omföderskan på morgonen eller förmiddagen dagen efter hemgång från förlossningsavdelningen. Syftet med samtalet är att säkerställa kvinnans hälsa och välmående samt hur barnet ter sig och hur det fungerar med amningen. Som stöd för vad barnmorskan ska ta upp i telefonsamtalet angående mor och nyfött barn finns en checklista (se bilaga 2). Beroende på vilken information kvinnan ger barnmorskan vid telefonsamtalet, om såväl hennes egen som barnets hälsa, rekommenderas vidare olika alternativ. Om kvinnan uppger att hon till exempel är orolig över att hon blöder för mycket, eller att amningen inte fungerar kan barnmorskan hänvisa kvinnan tillbaka till kvinnokliniken för hjälp tidigare än planerat. Framkommer det inga upplevda problem från kvinnan under telefonsamtalet så uppmanas kvinnan komma med sitt nyfödda barn på det förbokade vårdmötet hos barnmorskan och barnläkaren på BB-mottagningen 48-72 timmar postpartum. Detta förbokade vårdmöte uppmanas alla omföderskor som går hem enligt THG att komma på, oavsett om de blivit hänvisade till BB-mottagningen tidigare eller inte. Vid detta vårdmöte görs en ny barnläkarundersökning samt PKU-prov tas på barnet. På BB-mottagningen gör sedan barnmorskan en samlad bedömning av mor och barns hälsa. Den samlade bedömningen utgör grunden för fortsatt uppföljning första veckan postpartum, enligt rekommendation av följande professionsföreningar Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska neonatalsektionen (2013).

Problemformulering

Vårdtiderna efter en normal förlossning utan komplikationer har de senaste decennierna blivit allt kortare. Tidig hemgång efter förlossningen är en vårdform som introducerades i Sverige 1984 och innebär idag att kvinnor återgår till hemmet sex till tolv timmar efter förlossningen. Tidigare forskning visar att rutinerna kring tidig hemgång ser olika ut, vad gäller eftervården och dess uppföljningsmetoder, beroende på i vilken region eller vilket landsting som kvinnan har fött barn i. I en del regioner och landsting använder sig barnmorskan av uppföljande telefonsamtal och uppföljning på BB-mottagningen, medan det i andra regioner och landsting erbjuds hembesök. Beroende på vilken typ av eftervård kvinnorna fått kan det därför upplevas olika av dem hur stödet, informationen och återhämtningen tillgodosetts. Det saknas forskning om omföderskors upplevelser av den nya rutinen ”Trygg hemgång efter

förlossningen” som introducerades på en kvinnoklinik i västra Sverige 2017, vilket motiverar genomförande av denna studie. Ökad kunskap om, samt omföderns upplevelser av denna nya rutin möjliggör för barnmorskor att anpassa stödet och/eller informationen som omfödern är i behov av postpartum.

Syfte

Syftet var att beskriva omföderns upplevelser av den nya rutinen trygg hemgång efter förlossningen.

Metod

Författarna till föreliggande studie har valt att använda en kvalitativ metod, då det är lämpligt när personers upplevelser av ett fenomen ska studeras (Henricson & Billhult, 2017). Vid kvalitativ metod försöker forskaren förstå och beskriva personers upplevda erfarenheter och använder sig själv som forskningsinstrument, genom att t.ex. intervjua. Kvalitativ metod kan leda till att variationer av det studerade fenomenet upptäcks, genom att belysa skillnader och likheter (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Personers upplevelser, som i denna studie är omföderns upplevelser av trygg hemgång efter förlossningen, kan ej vara rätt eller fel, det finns alltså ingen absolut sanning (Henricson & Billhult, 2017). Materialet kom att analyseras genom en kvalitativ innehållsanalys vilket är ett vetenskapligt verktyg för att kunna analysera och tolka innehållet i en text eller kommunikation (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Utgångsmaterialet kan utgöras av intervjuer men även dagböcker, tidningsartiklar, patientjournaler eller observationsprotokoll. Innehållsanalys ger en ökad förståelse och nya insikter, vilket i sin tur kan leda till en utveckling inom ett visst område så som hälso-och sjukvården (Ibid.).

Datinsamling

Ett brev skickades till verksamhetschefen på den aktuella kvinnokliniken, för att presentera studien samt för att få tillåtelse till att ta del av kontaktuppgifter till de omfödern som gått hem enligt THG under september månad 2017. Efter att ha fått tillåtelse av verksamhetschefen var personal på sjukhusets kvinnoklinik behjälpliga med att ta fram kontaktuppgifter i form av namn och personnummer till omfödern. Kvinnorna valdes utifrån ordning i kontaktlistan av alla de kvinnor som gått på THG under september månad 2017 och kontaktades via telefon av författarna till föreliggande studie. Totalt kontaktades 25 kvinnor och av dem svarade 14 stycken i telefon. Under telefonsamtalet gav författarna muntlig information om studiens syfte och informanternas inverkan. Av dessa 14 kvinnor tackade tio stycken ja till att delta i studien, och gav muntligt samtycke via telefon, medan fyra kvinnor var osäkra och önskade mer information om studien och dess syfte innan de bestämde sig. Ett informationsbrev (se bilaga 3) om studiens syfte skickades ut till de 14 kvinnor, som tackat ja till deltagande i studien, via mail så snart de hade kontaktats via telefon. Av dessa 14 kvinnor var det slutligen nio kvinnor som kom att delta i studien, då en kvinna ändrade sitt beslut och avböjde deltagande.

Datinsamlingen utfördes genom en semistrukturerad intervju, sju till tio veckor efter födseln, med nio omfödern som återgått till hemmet enligt den nya rutinen THG. Intervjuer anses vara en användbar metod för att studera människors upplevelser (Danielson, 2017). Semistrukturerade intervjuer är en intervjuemetod med öppna frågor, där strukturerade

intervjufrågor har utformats i förväg, med möjlighet till följdfrågor (Ibid.). Intervjun utgjordes av tolv framtagna frågor som besvarade studiens syfte (se bilaga 4). Samtliga frågor ställdes till alla informanter och varje intervju tog cirka 20 minuter. Platsen för intervjun valdes ut i samråd med informanterna. Enligt Trost (2010) skall intervjun ske på en plats där informanten känner sig trygg. Informanten ska få välja vart intervjun ska hållas men intervjuaren bör också kunna komma med förslag för att undvika platser där intervjun kan komma att störas av olika faktorer eller där andra personer runtomkring kan höra vad som sägs (Ibid.). En kvinna valde att intervjuas i sitt hem, och gav då även skriftligt samtycke om deltagande i studien, medan resterande åtta kvinnor föredrog en telefonintervju. Enligt Tidström och Nyberg (2012) kan det störa intervjuprocessen om författarna ska anteckna samtidigt som de intervjuar, samt att författarna kan gå miste om mycket information om de ska hinna anteckna allt. Samtliga informanter informerades om att intervjun skulle komma att spelas in, och gav sitt medgivande. Därefter spelades samtliga intervjuer in via en inspelnings-APP på en mobiltelefon för att sedan transkriberas ordagrant.

Urval

Författarna till föreliggande studie använde sig av ett bekvämlighetsurval då studien genomfördes under begränsad tid. Ett bekvämlighetsurval innebär att man tar de informanter man får, och fyller på allt eftersom man finner personer som skulle passa till syftet (Trost, 2010). Då föreliggande studie är genomförd på en grupp omfödorskör som erhållit en viss vårdform, THG, och som därigenom identifierats av barnmorskor med hjälp av en checklista, framgår inklusionskriterierna av denna, (se bilaga 1). Exklusionskriterier för att inte kunna delta i studien var förstfödorskör samt kvinnor som inte talar svenska för att undvika missförstånd och feltolkning vid översättning av intervjuerna. De omfödorskör som deltog i studien hade fött barn under september månad 2017 och intervjutillfällena var sju till tio veckor efter förlossningsdagen. De kvinnor som deltog i studien var alla omfödorskör och vardera hade fött två till fem barn sammanlagt. Kvinnorna var i åldrarna 26–38 år, samt hade en varierad utbildningsnivå från grundskolenivå till avancerad nivå på högskola. Samtliga informanters civilstatus var sambo eller gift tillsammans med sin partner.

Dataanalys

Innehållet i intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012). Forskaren bör vara medveten om sin förförståelse i beaktande inför och under analysprocessen (ibid.). Författarna till föreliggande studie har tillämpat rutinen THG under sin verksamhetsförlagda utbildning sedan det började införas i början av 2017 på en kvinnoklinik i västra Sverige. Därför hade författarna före genomförandet av studien redan teoretisk samt praktisk kunskap kring hur vårdformen är utformad. Innehållet i en kvalitativ innehållsanalys kan antingen vara av deduktiv eller induktiv ansats. Vid en deduktiv ansats så analyseras materialet utifrån en utarbetad teori eller modell. Vid en induktiv ansats så analyseras texter förutsättningslöst, vilket var fallet i föreliggande studie. Kvalitativ innehållsanalys beskriver variationen genom att leta efter likheter och skillnader i en text (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Intervjuerna med omfödorskörorna transkriberades ordagrant i anslutning till att intervjun utförts. Samtliga nio informanter angavs med siffror (kod) i texten. För att få en uppfattning om innehållet i texterna i sin helhet började analysarbetet med att båda författarna till

föreliggande studie läste igenom textmaterialet ett flertal gånger, var för sig. Nästa steg innebar att författarna var för sig, i förhållande till studiens syfte plockade ut meningsenheter som färgmarkerades. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten och kan utgöras av stycken, meningar eller ord som genom sitt innehåll och sammanhang hör ihop. Dessa meningsenheter kondenserades sedan ned av båda författarna var för sig, vilket innebär att överflödiga ord tas bort utan att innehållet i meningsenheterna ändras (se bilaga 5 för exempel i analysprocessen). Anledningen till att meningsenheterna kondenseras är att göra texten kortare och mer lätthanterlig, samt lyfta fram de centrala delarna. De kondenserade meningsenheterna jämfördes sedan av båda författarna och delades in i olika grupper med lika innebörd, vilket kallas för att man kodar texten. På detta sätt skapades en grov struktur på textmaterialet. Genom koderna kunde författarna tillsammans identifiera underkategorier, vilka senare delades in i kategorier för att kunna skapa en röd tråd i resultatet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012; Tidström & Nyberg, 2012). I analysen av materialet så framkom det åtta underkategorier utifrån koder med lika innehåll och av dessa kunde tre kategorier skapas. Under hela analysprocessen, för att bevara fokus och nå samstämmighet om den skrivna texten, återvände båda författarna till studiens syfte.

Etiska överväganden

Alla forskare har ett etiskt och juridiskt ansvar för att den forskning de bedriver håller en hög vetenskaplig kvalitet (Nyberg, 2012). Det fenomen som utforskas bör presenteras så sanningsenligt som möjligt. Det finns internationella etiska regler, med tre huvudsyften: bidra till noggrannhet och riktighet i vetenskaplig kunskap, beakta upphovsrätten och skydda rätten till intellektuell egendom (undvika plagiat) samt skydda deltagarnas välbefinnande och rättigheter (Ibid.). Vid vetenskapliga studier på människor ska forskaren före genomförandet av studien, ansöka om tillstånd hos etiska prövningsnämnden, enligt lagen om etikprövning för humanforskning. (SFS 2003:460). Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Då denna studie är genomförd enligt riktlinjerna för uppsats på avancerad nivå inom högskola, så krävs inget etiskt godkännande enligt ovan (Ibid.), enligt lagen om etikprövning för forskning (SFS 2003:460). Enligt Vetenskapsrådet (2002) skall fyra begrepp som bygger på de forskningsetiska principerna beaktas då en studie utformas och genomförs. Dessa fyra begrepp är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet har tillgodosetts då informanterna erhållit muntlig och skriftlig information om studiens syfte och bakgrund (bilaga 5). Samtyckeskravet har tagits hänsyn till då deltagarna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och att det var tillåtet att avbryta sitt deltagande när som helst utan att behöva ange någon orsak. Inget av den framtagna datan kan kopplas till respektive informant samt inga personuppgifter har redovisats i resultatet och därmed uppfylldes konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet har tagits hänsyn till då de uppgifter som framkom endast använts i forskningsändamål.

Målet med vetenskaplig forskning är att bilda ny kunskap för att kunna förändra världen positivt. Det är väsentligt att nyttan med den forskning man gör överväger riskerna (Olsson & Sörensen, 2001). En risk med denna studie skulle kunna vara att väcka negativa, ej bearbetade minnen kring förlossningen eller tiden postpartum. Dock sågs denna risk vara relativt liten då den grupp omfödernskor som skulle intervjuas, gått hem tidigt från förlossningen i enlighet med checklistan (bilaga 1). Enligt denna ska omfödernskan ha genomgått en normal förlossning utan komplikationer, för att kunna erbjudas Trygg hemgång efter förlossningen. Nyttan med studien anses vara att kunna bidra med kunskap kring

upplevelserna som förväntas lyftas fram hos denna grupp kvinnor. Det i sin tur kan underlätta för barnmorskan i hennes arbete på kvinnokliniken genom att till exempel kunna anpassa hemgångsinformation efter kvinnornas önskemål. Enligt vetenskapsrådet ska beroendeförhållanden mellan informanterna och deltagarna undvikas i största möjliga mån för att undvika att informanterna vinklar sina svar (Ibid.). Valet har därför gjorts att inte inkludera informanter vars förlossningsvård författarna varit involverade i på något sätt, under sin verksamhetsförlagda utbildning i sin vidareutbildning till barnmorska.

Resultat

Efter analysen av textmaterialet om omfödorskors upplevelser av den nya rutinen THG, identifierades tre kategorier och åtta underkategorier vilka presenteras nedan i tabell 1. För att visa på trovärdighet i resultatet har det styrkts med citat.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier

| Kategorier | Underkategorier |
|--|---|
| Valet vid THG påverkas av olika omständigheter | Omfödorskor har en förståelse av THG THG var inte alltid ett erbjudande Att göra vården en tjänst |
| Trygghet uppnås genom olika faktorer | Att vara omfödarska Att erhålla adekvat information Att återgå till sin hemmiljö |
| Stöd kan erhållas på olika sätt | Uppföljning från sjukvården Att erhålla stöd från partner och anhöriga |

Nedan presenteras fakta kring deltagande omfödorskor, tabell 2.

Tabell 2. Fakta om informanterna

| Informant | Ålder | Högsta slutförda utbildningsnivå | Antal barn | Antal timmar på förlossningsavdelningen innan hemgång |
|-----------|-------|----------------------------------|------------|---|
| 1 | 30 | Högskola | 2 | 8 |
| 2 | 28 | Högskola | 2 | 7 |
| 3 | 33 | Högskola | 2 | 7 |
| 4 | 38 | Högskola | 3 | 8 |
| 5 | 26 | Grundskola | 2 | 6 |
| 6 | 32 | Högskola | 2 | 7 |
| 7 | 29 | Grundskola | 5 | 9 |
| 8 | 35 | Högskola | 2 | 7 |
| 9 | 31 | Högskola | 2 | 8 |

Valet vid THG påverkas av olika omständigheter

Denna kategori belyser kvinnornas upplevelser kring valet av att återgå till hemmet enligt rutinen THG, samt hur deras val påverkades av olika omständigheter. Följande underkategorier förklarar dessa omständigheter och dess påverkan mer ingående.

Omfödorskorna har en förförståelse av THG

Omfödorskorna beskrev att de generellt inte visste så mycket om den nya rutinen THG före förlossningen. De förklarade det med att deras förförståelse om THG grundade sig i olika källor. Det var hur massmedia framställt den nya rutinen, vänners uppfattningar om THG samt den information de erhållit under graviditeten från barnmorskan på barnmorskemottagningen. Vidare hade kvinnorna en förförståelse om att det inte var ett eget val att gå hem enligt THG.

”Vi hade en vag uppfattning om att alla inte fick stanna kvar. Folk hade känt att de blivit hemkörda, men det var ju inte alls så det kändes tyckte jag.” (informant 9)

De hade en förförståelse som grundade sig på att alla omfödorskorna som genomgått en normal förlossning och som fött ett friskt barn, skulle gå hem sex timmar postpartum. Vidare att det inte var kvinnornas egna önskemål, utan bestämt av personal och om kvinnan enligt eget önskemål inte ville gå hem så skulle hon få strida för det. Efter förlossningen framkom det att den förförståelse som kvinnorna haft innan förlossningen inte stämde överens med vad de beskrev som verklig upplevelse.

”Min förförståelse var att jag skulle få tjata mig till att få stanna på BB, att jag skulle få böna och be för att få stanna om jag hade velat det.” (informant 4)

Kvinnorna nämnde att bilden och förväntan de hade av THG hade skapats av massmedia. De beskrev att både tidningar och TV hade framställt den nya rutinen negativt. Vidare yttrade kvinnorna att de upplevde att massmedias presentation av THG inte var objektiv. Kvinnorna menade att massmedia framställde det som att syftet med THG grundade sig i platsbrist inom kvinnosjukvården och som följd av det en överbelastad sjukvård. Att läsa och lyssna till medias negativa presentation av THG resulterade i att flera av kvinnorna planerade att föda barnet vid en kvinnoklinik i en annan region eller ett annat landsting där de visste att THG ej tillämpades. När förlossningsarbetet väl startade, och värkarbetets intensitet snabbt ökade, kändes det alternativet dock inte längre så självklart för kvinnorna.

”Min förväntan var sådär. Det hade framställts negativt i media, och kändes som om det berodde på platsbrist. Därför ville vi föda på annat sjukhus egentligen. Vi var helt inställda på att åka till Varbergs sjukhus, men nu gick det så fort denna gången så vi fick svänga av motorvägen och köra mot detta sjukhus istället.” (informant 4)

Kvinnorna beskrev att de hade olika upplevelser av THG före förlossningen och efter att barnet var fött. Före förlossningen upplevde kvinnorna en känsla av stress över vetskapen om att de eventuellt skulle behöva gå hem så tidigt som sex timmar efter förlossningen. Kvinnorna hävdade att det före förlossningen var svårt att föreställa sig motsatsen, att det skulle upplevas så självklart och positivt som det faktiskt gjorde att följa den nya rutinen. Det framkom att omfödorskorna hade en positiv helhetsupplevelse av THG.

”Jag hade faktiskt inte kunnat föreställa mig att jag skulle vilja gå hem så snart som jag gjorde.” (informant 3)

THG var inte alltid ett erbjudande

En återkommande beskrivning hos omfödernorna var betydelsen av att uppleva THG som ett erbjudande och en öppen fråga från barnmorskan. Med öppen fråga menade kvinnorna att efter att de fått förfrågan av barnmorskan om THG behövde de inte ge svar till henne direkt. Just det beskrevs av kvinnorna ha stor betydelse för dem avseende den totala upplevelsen av THG. Om THG var kvinnornas egna val eller ej hade de olika upplevelser av. En del av kvinnorna beskrev att de upplevde att det var ett eget val.

”...det var ju inte förrän då, när hon frågade, som man förstod att man fick välja. Det var när hon frågade som jag upplevde att det var ett val. Hon frågade hur vi ville göra. Om vi ville stanna kvar på BB eller om vi ville åka hem.” (informant 5)

I motsats till att det var ett eget val beskrevs upplevelsen av att det inte alls var ett erbjudande. Det berodde på upplevelsen av att de som omfödernor förväntades gå hem från förlossningsavdelningen om allt var bra med dem själva och det nyfödda barnet.

”Det kändes som om hon bara förväntade sig att vi skulle... ja, hon räknade med att vi skulle gå hem tidigt liksom då allt hade gått så bra.” (informant 1)

Kvinnorna påtalade i sina beskrivningar betydelsen av hur och när i tiden efter förlossningen som barnmorskan presenterade informationen om THG för kvinnorna. Det framkom att kvinnorna upplevde att erbjudandet presenterades alldeles för kort tid efter att barnet var fött. Motivering till det var att det var svårt för kvinnorna, som var omtumlade efter förlossningen, att ta in informationen om THG, reflektera över vad det innebär och därmed göra rätt val.

”Det var väldigt tätt inpå efter att jag hade fått bebisen som hon var på mig. Just där och då är man ju lite omtumlad. Inte sovit och all information går väl kanske inte in i huvudet precis.” (informant 2)

Efter att kvinnorna erhållit information om rutinen beskrevs en upplevelse av att det fanns en diskrepans mellan vad kvinnorna själva ansåg och vad barnmorskan förväntade att de skulle välja. Valen var att stanna kvar på BB-avdelningen eller gå hem enligt THG. Kvinnorna upplevde förväntningar hos barnmorskan av att de som omfödernor borde välja THG och läste av vad barnmorskan ansåg, genom bland annat deras kroppsspråk.

”Det som jag i så fall reagerade på var att barnmorskan var lite osmidig när hon kom in och liksom sa till oss att vi skulle åka hem tidigt. Hon liksom tittade på klockan och började räkna och sa att -ja, då blir det hemgång om... klockan nio. Om det känns bra? Hon räknade med att vi skulle gå hem tidigt.” (informant 1)

Att göra vården en tjänst

Flera omfödernor beskrev en upplevelse av att med den nya rutinen THG göra vården en tjänst. Detta genom att inte uppta en sängplats, som någon annan kvinna kanske var i större behov av, och att inte belasta vårdpersonalen mer än nödvändigt. Kvinnorna sa att de trodde att förlossningsvården var överbelastad. De beskrev att de upplevde att det förekom en stress

bland personalen på förlossningsavdelningen och att det var en av anledningarna till att de valde att gå hem enligt THG.

”Man måste nästan komma hem för att avlasta personalen, eller vad man ska säga. Att de får en person mindre och tänka på för att det är så sjukt tight... och liksom hjälpa alla.”
(informant 2)

En förklaring till varför kvinnorna ville avlasta personalen på förlossningsavdelningen var att de sade sig tro att det var platsbrist på BB-avdelningarna. En kvinna menade att THG enbart handlar om ekonomi och besparingar och hade en upplevelse av att THG beror på nödvändiga nedskärningar och bristande resurser inom kvinnosjukvården.

”Trygg hemgång är ett erbjudande och har ingenting med ekonomi och besparingar att göra sägs det. Det stör mig jättemycket, för självklart är det på grund av en besparing!”
(informant 4)

Trygghet uppnås genom olika faktorer

Denna kategori beskriver tre faktorer som var betydelsefulla för kvinnornas upplevelser av trygghet då de återgick till hemmet enligt THG. Dessa faktorer förklaras i följande underkategorier.

Att vara omföderska

Kvinnorna menade att de på grund av att de är omföderskor besitter erfarenheter och kunskaper. Det medförde att de inte kände sig oroliga utan att det kändes tryggt att gå hem enligt THG.

”Jag upplevde det som positivt att gå hem tidigt. För andra gången kände man sig mycket lugnare. Jag kände mig trygg och erfaren på något sätt. Även fast jag bara har fött ett barn innan men... jag kände mig liksom inte orolig eller så. Det kändes smidigt och bra, och vi längtade hem.” (informant 1)

Erfarenheterna som hörde ihop med att vara omföderska värderades vara viktiga för kvinnorna, i helhetsupplevelsen av THG. De upplevde att de kunde känna sig mer avspända och landa i den rådande situationen med ett nyfött barn. Kvinnorna beskrev att avspänning hörde ihop med erfarenheter av att känna till hur ett spädbarn ska bete sig de första dygnet, hur amningen kommer igång och hur uppföljningen postpartum ser ut. Vidare kände kvinnorna sig avspända inför förändringar som kan komma att påverka kvinnornas egen hälsa efter förlossningen. Dessa faktorer tillsammans resulterade att de kände sig mer trygga jämfört med efter deras tidigare barn fötts. Förändringar i kvinnornas hälsa efter tidigare förlossningar som nämndes, var eftervärkar i livmodern och mjölkstas i bröstet. Erfarenheter hos kvinnorna av att dessa besvär hade gett med sig ganska snart efter föregående förlossningar, gjorde att det kändes lättare för dem att förhålla sig till dessa kroppsliga förändringar.

”När man ammade och tre-dagars-brösten var otroligt ömma, mindes jag det från förra gången och bara vetskapen om att det kommer gå över gör ju att man tar sig igenom det. Efter första gången, då lär man ju sig.” (informant 3)

Kvinnorna nämnde även betydelsen av psykiska konsekvenser efter en förlossning. Exempel kunde vara att känna sig extra känslig och skör efteråt och att inte riktigt ha koll på tid och rum.

”Man har ju varit ganska så utsatt under en förlossning så man är väldigt skör efteråt, det kom man ju ihåg.” (informant 4)

Kvinnorna upplevde att första veckan efter förlossningen var tumultartad och att det upplevdes av dem som att leva i en dimma.

”Jag skulle beskriva den första tiden som en enda stor dimma. Man hade ingen koll på tiden riktigt. Ingenting var som det brukade, men så är det ju första veckan.” (informant 1)

Erfarenheter av dessa psykiska konsekvenser bidrog till att kvinnorna kände sig mer trygga jämfört med efter deras tidigare förlossningar. Det bidrog till att de upplevde en större trygghet i att återgå till hemmet enligt rutinen THG. Behovet av återhämtning efter förlossningen upplevdes olika av kvinnorna. Några kvinnor ansåg att tiden på förlossningsavdelningen innan hemgång gav dem tillräckligt med vila för att återhämta en del krafter.

”Vi fick ändå hela dagen på förlossningen till att vila och landa lite i att vi hade fått ett till barn innan vi kunde åka hem.” (informant 4)

Andra kvinnor upplevde motsatsen och att THG bidrog till att de inte hade samma möjlighet att återhämta sig jämfört med om de kvarstannat på BB-avdelningen.

”Jag hade velat stanna kvar på BB nästa gång, om möjligheten finns. En natt eller så. Just för att få vila upp mig. Det är så svårt att sova efter en förlossning och det kanske inte heller är riktigt läge för det när man kommer hem till andra barnet.” (informant 5)

Kvinnorna uttalade att förlossningsupplevelsen påverkade helhetsupplevelsen av att återgå till hemmet enligt THG. Hade kvinnorna positiva förlossningsupplevelser, där allt hade upplevts gå bra så var det ett lätt val att gå hem. Många kvinnor ansåg att det var en helt annan upplevelse att föda barn som omföderska. Det upplevde förlossningen som lättare denna gången jämfört med första förlossningen. Som följd av det beskrev kvinnorna en upplevelse av att de denna gången snabbare var uppe på benen efter förlossningen och kunde sköta sig till stor del själv.

”Jag hade en väldigt snabb förlossning denna gången. Jag kände mig stark efteråt. Det var inte så att man var sängliggande eller ledsen eller nedstämd, inget sånt. Utan jag kände mig stark och hittade tillbaka. Var tillbaka på fötterna snabbt efter förlossningen.” (informant 2)

Den tidiga mobiliseringen bidrog till att kvinnorna ville åka hem tidigt. En kvinna menade att hon aldrig hade kunnat föreställa sig före förlossningen att det skulle kunna kännas så självklart att återgå så tidigt till hemmet enligt THG.

”Jag trodde inte att det skulle kännas så självklart att åka hem direkt efter men då hade jag ju bara min första förlossning att jämföra med och det var... inga komplikationer eller så men

lite tuffare eftersom det var första gången såklart men... jag hade faktiskt inte kunnat föreställa mig att jag skulle vilja gå hem så snart.” (informant 3)

Att erhålla adekvat information

Omfödernskorna upplevde bristande information om den nya rutinen THG från barnmorskan på barnmorskemottagningen. Kvinnorna önskade att de hade fått erhålla mer information om THG under graviditeten. De önskade att de hade fått mer och tydlig information om vad rutinen innebär för kvinnorna själva och för deras nyfödda barn. För kvinnorna upplevdes det oprofessionellt att behöva erhålla informationen från osäkra källor så som massmedia samt bekantas subjektiva uppfattningar kring THG.

”Det skulle kanske vara bra att veta hur uppföljningen såg ut... att det var en telefonuppföljning dagen efter och återbesök sen två till tre dagar efter där. Det tror jag hade lugnat vissa föräldrar... att man liksom visste om det innan för enligt media så kändes det lite som om man bara skulle släppas hem på ett sätt.” (informant 8)

En kvinna anmärkte på att det verkliga syftet med THG inte förklarades från barnmorskan på barnmorskemottagningen. Kvinnans upplevelse var att hon hade önskat mer information kring varför den aktuella kvinnokliniken tillämpar THG. Kvinnan motiverade det med att om så varit fallet hade det varit enklare att kunna förstå fördelarna med THG.

”Syftet med trygg hemgång förklarades inte, utan snarare att det berodde på platsbrist. Man hade velat veta fördelarna med att gå hem.” (informant 8)

En annan viktig faktor för kvinnorna att uppleva THG som positivt var behovet av att erhålla tillräckligt med information om rutinen från barnmorskan på förlossningsavdelningen. Vidare ansåg kvinnorna att informationen om THG var viktigt för att de skulle kunna gå hem och känna sig trygga.

”Väl på plats så tyckte jag att allting funkade så himla bra med information och uppföljning så jag kände mig trygg med att lämna sjukhuset.” (informant 3)

Upplevelsen av vad som är tillräckligt med stöd i form av information varierade från kvinna till kvinna och hörde ihop med hur många barn hon tidigare fött. En kvinna som tidigare fött fyra barn upplevde att hon inte var i behov av lika mycket information från barnmorskan, jämfört med efter den första förlossningen.

”Jag kände inte behovet av stöd från BB-avdelningen, då jag har fyra barn innan och mycket erfarenhet.” (informant 7)

Kvinnorna beskrev i sina upplevelser att de ville utnyttja tiden på förlossningsavdelningen innan de gick hem enligt THG, till att ställa frågor till personalen. Genom att ställa frågor och få svar från barnmorskan upplevde kvinnorna att deras nyfödda barn var friskt, liksom att allt såg bra ut hos kvinnorna.

”Jag hade frågor om stygnen där nere och så... ville se med spegel innan jag gick hem vilket barnmorskan ordnade och förklarade jättebra. Så det kändes jätteskönt att fått det avklarat innan vi lämnade förlossningen.” (informant 3)

Svar på frågorna bidrog till att kvinnorna kände sig trygga i att återgå till hemmet enligt THG. En del kvinnor upplevde bristande information från barnmorskan på förlossningsavdelningen innan de gick hem enligt THG. Det var olika områden i informationen som kvinnorna ansåg var bristande men för dem nödvändig att känna till. De områden kvinnorna önskade få mer information om, var spädbarnets dygnsrytm samt skötsel och omvårdnad. Exempel på det var hur ofta det nyfödda barnet bör äta de första dygnet och hur mycket barnet bör kissa och bajsas. Information om områden avseende kvinnornas egen hälsa ansågs också vara viktig och den kunde t.ex. bestå av frågan vad som anses vara normal mängd blod som kommer i avslaget. Vidare önskades mer information om vilken smärtlindring kvinnan kan använda samt råd för att minska smärta och besvär vid komplikationer såsom mjölkstas i bröstet. Det var därför viktigt för kvinnorna att få svar på sina frågor och att barnmorskan tog sig tid att sitta ned och visa att hon lyssnade på frågorna. För kvinnorna upplevdes de betydelsefullt att barnmorskan inte visade för dem att hon var stressad.

”Jag skulle vilja att man tog sig tid och att man såg oss och att även om man inte kan ta det lugnt så måste man kunna ge ett intryck av lugn och prata med oss. Svara på mina frågor. Jag ställde några frågor och så svarade de bara kort och så började de prata om nåt annat.”
(informant 1)

Andra kvinnor tyckte att informationen var både bra och tillräcklig. Eftersom hemgångsinformationen från barnmorskan både var muntlig och skriftlig kände sig kvinnorna trygga i att gå hem enligt THG. De hade då möjlighet att läsa den skriftliga informationen i efterhand.

”Barnmorskan var informativ, hon gav oss en liten broschyr vilket gjorde att informationen var lättare att ta in. Vi fick den information vi behövde.” (informant 5)

Det uppskattades att informationen gavs på olika sätt. Det berodde på att flera av kvinnorna ansåg att det var svårt att ta till sig all information nära inpå att förlossningen var avslutad. En kvinna sade sig vara tacksam över att hennes partner varit med och tagit del av informationen som gavs av barnmorskan, då hon själv inte mindes särskilt mycket av vad den innehöll i efterhand.

”Efter förlossningen så var man ju inte helt hundra... De berättade ju och så och jag fick något informationsblad. Som tur var så var min man med så han fick ju lite bättre koll. Där och då så är man väldigt omtumlad. Inte sovit och all information går väl kanske inte in i huvudet precis.” (informant 2)

Kvinnorna upplevde att de hade behov av att barnmorskan skulle bekräfta för dem att allt såg ut att vara normalt med kvinnan själv och med barnet. Då barnmorskan kunde bekräfta det och ansåg att kvinnorna kunde återgå till hemmet enligt THG, blev kvinnorna också trygga i den situationen. De upplevde då tillit till vårdpersonalen.

”Det kändes tryggt. Framför allt för att man har fått tillit till vårdpersonalen och jag menar, är de bekväma med att skicka hem en så blir man ju bekväm och trygg själv också.”
(informant 3)

En annan faktor som upplevdes viktig hos kvinnorna när de skulle gå hem enligt THG var att de visste vart de kunde vända sig vid behov, efter att de kommit hem. Samtliga kvinnor upplevde att de hade blivit noggrant informerade om vart de kunde ringa om de så behövde.

”Barnmorskan var väldigt noga med att berätta att om det är någonting de första två veckorna, så skulle jag vända mig tillbaka till dem. Jag kunde ringa när som.” (informant 7)

Att återgå till sin hemmiljö

Hos många av omföderna fanns det efter förlossningen en längtan av att återgå till sin välkända, trygga hemmiljö. Helhetsupplevelsen bland samtliga kvinnor var att det kändes positivt att återgå till hemmet enligt THG. Det kvinnorna framför allt upplevde som positivt var att det var lugnare och skönare hemma, jämfört med på BB-avdelningen. Vidare var upplevelsen av att inte bli störd på samma sätt hemma, som på en BB-avdelning, positiv.

”På avdelningen är det en liten annan miljö. Folk kommer in och ... lite när man inte riktigt vet när de kommer in. Även om de knackar... Här hemma kan man ju vila, vi lade oss en stund direkt liksom. Man känner sig avkopplad i det. Man kan gå på avdelningen och fixa lite fika och så men här hemma vet man vart man har grejerna, man vet vart man har allt hemma. Så lugnet gör att det känns bättre hemma. Att man kunde lägga sig i sin egen säng och så kändes skönt.” (informant 8)

Flera andra faktorer bidrog till att kvinnorna upplevde det mer positivt att vara hemma jämfört med att stanna kvar på BB-avdelningen. En faktor var att ha sina egna tillhörigheter runt omkring sig. Vidare att ha möjlighet att sitta i sin egen soffa och amma eller sova i sin egen säng.

”Jag sitter hellre hemma i min soffa eller ligger hemma i min säng än att jag är där och tar plats när jag egentligen inte behöver. Jag hade inte gjort något annat på sjukhuset än vad jag hade gjort hemma.” (informant 7)

Flera kvinnor menade även att det fanns en längtan av att komma hem just för att de är omföderna. Det hörde ihop med att kvinnorna hade ett eller flera barn hemma som också längtade efter och som behövde sin mamma. Saknaden till de övriga barnen kändes väldigt stor hos kvinnorna efter förlossningen. Kvinnorna påpekade att en stor fördel med att gå hem enligt THG var att hela familjen fick möjlighet att återförenas fortare jämfört med att kvarstanna på BB-avdelningen.

”Jag minns att jag var ledsnare på BB, när jag var själv. Det är det som är det positiva med att gå hem, man får vara med hela familjen och det känns skönt.” (informant 7)

Dock intygade många kvinnor även att det var en utmaning för dem att återgå till hemmet tidigt eftersom det innebar att de var tillbaka i vardagen direkt när de kom hem.

”Det kändes väldigt tryggt att komma hem till min andra dotter... men det som är negativt är ju att när man har ett barn sedan innan så är det ju fullt upp med en gång. Det skiljer bara 19 månader så hon ville ju lyftas och så när vi kom hem.” (informant 6)

Kvinnorna upplevde en utmaning i att få ihop alla delar som ska fungera i vardagen i förhållande till en ny familjemedlem och den övriga familjen. Amningen upptog mycket av kvinnornas tid under de första dyggen. Även om det var två föräldrar hemma upplevde kvinnorna svårighet med att amma ett nyfött barn och samtidigt tillgodose övriga barns behov.

”Det är ju en annan service när man är uppe på sjukhuset... med att få mat som serveras och att påminnas om att äta och sådär för det är ju så mycket att tänka på när man kommer hem, i och med att jag har en annan liten också. Men på något sätt löste vi det...” (informant 8)

En kvinna menade att fördelarna med att komma hem tidigt efter förlossningen övervägde nackdelarna. Eftersom hon upplevde att det var tråkigt att vara på sjukhus var det för henne positivt att få möjlighet att lämna förlossningen enligt THG.

”Det är bara tråkigt att vara på sjukhuset. Sen är det klart att det är skönt att vara där och slippa tänka på något överhuvudtaget, det är såklart jätteskönt men... Det blir ju lite tuffare när man kommer hem men det är ändå mycket goare att vara hemma.” (informant 1)

Stöd kan erhållas på olika sätt

Denna kategori belyser kvinnornas upplevelser av hur stöd vid THG kunde erhållas på olika sätt. Dels stöd från sjukvården, men även stöd från partner och anhöriga. Följande underkategorier beskriver dessa två typer av stöd mer ingående.

Uppföljning från sjukvården

Omföderns upplevelse av uppföljning och eftervård vid THG varierade. De flesta kvinnor upplevde att uppföljningen, med ett telefonsamtal och ett återbesök, var tillräckligt. Det fanns dock kvinnor som tyckte att det var svårt att be om hjälp och erhålla stöd via telefon, och hade därför önskat en personlig kontakt tidigare. Kvinnorna upplevde att det var svårt att förklara problem över telefon. De ansåg att det skulle vara mycket lättare om de kunde visa vad de menade (t.ex. spända bröst) för barnmorskan istället för att beskriva det i telefonen.

”Jag tror att det är svårare att förklara över telefon än att kunna visa barnmorskan. Hade samtalet dagen efter istället varit en person som kom hem till en tror jag det hade varit mycket lättare. Jag tror på den visuella kontakten.” (informant 8)

Kvinnorna upplevde att de undvek att ringa till barnmorskan på kvinnokliniken om de hade några frågor och funderingar. Det berodde på att de i första hand ville försöka klara sig själv. I de fall då kvinnorna hade ett återbesök inom någon till några dagar, till BB-mottagningen, så avvaktade kvinnorna att ringa. De planerade då att istället ta upp problemet vid det besöket. Kvinnornas upplevelse var att det troligtvis hade varit lättare att ställa frågor direkt till barnmorskan, som de hade haft möjlighet till ifall de valt att stanna kvar på BB-avdelningen.

”Jag tror man drar sig från att ringa, man vill ju försöka klara sig själv. Även om man kunde ringa upp så gör man inte det lika lätt som om man hade varit på avdelningen... Det är viktigt att våga ringa och be om hjälp.” (informant 8)

Samtliga kvinnor hade en åsikt om upplevelsen av att åka tillbaka till sjukhuset på återbesök efter cirka tre dygn hemma. En del kvinnor tyckte det var ett problem medan andra hade

motsatt upplevelse. Det fanns en upplevelse om att det var smidigt att både återbesöket till barnmorskan och att barnläkarundersökningen var förlagt till ett och samma tillfälle.

Jag tycker att återbesöket var väldigt bra. De gjorde ju läkarundersökningen samtidigt så på så sätt fick de ju ihop alla dem i samma veva.” (informant 2)

Kvinnorna som inte höll med om det upplevde att det var jobbigt att åka fram och tillbaka till sjukhuset. Det som upplevdes vara jobbigt var att familjens övriga barn var för små för att lämnas hemma, vilket innebar att alla i familjen blev tvungna att åka med till sjukhuset.

Det är lite omständligt att ta sig in och ut till sjukhuset, att parkera och bära bebis och sådär...så det allra allra lyxigaste, hade varit att få ligga kvar på BB.” (informant 3)

Syftet med återbesöket i sig ansågs dock inte vara jobbigt. Kvinnorna upplevde det positivt att det fanns tid att fråga barnmorskan om deras egen hälsa och barnläkare om barnets hälsa.

”Återbesöket var bra. Jag fick möjlighet att ställa frågor om mig själv också, så jag kände att det var vår tid och inte bara barnets.” (informant 3)

Att erhålla stöd från partner och anhöriga

För att den totala upplevelsen av THG skulle bli positiv, var det viktigt för omfödernorna att de hade ett gott stöd när de kom hem. Samtliga kvinnor som intervjuades i föreliggande studie bodde tillsammans med sin partner och hade stöd av hen första veckan hemma med familjens nyfödda barn. En del av kvinnorna hade även hjälp av andra anhöriga, så om mor- och farföräldrar.

”Min man var ju hemma och mina föräldrar första dagarna. De är pensionärer så de kunde vara här och hjälpa till med storasyster, vilket var skönt.” (informant 6)

Kvinnorna upplevde att det var god hjälp att vara två vuxna hemma de första dyggen. Genom det kunde hushållsarbete fördelas föräldrarna emellan och partnern kunde fokusera på att sköta om familjens övriga barn som också krävde uppmärksamhet.

”Sambon kunde ju fokusera på storebror. De kunde gå ut och han kunde underhålla honom. Det hade jag inte kunnat göra om jag var ensam, då hade det varit mycket mer påfrestande tror jag.” (informant 1)

Vidare beskrev kvinnor att de egentligen hade velat stanna kvar på BB-avdelningen ett dygn. Under det dygnet hade det funnits möjlighet till att återhämta krafter efter förlossningen. Då deras partner inte kunde garanteras någon sängplats på BB-avdelningen så valde kvinnorna att gå hem enligt rutinen THG. Kvinnorna ansåg att det var viktigt för dem att vara tillsammans med sin partner under det första dygnet och att deras stöd och avlastning var en betydelsefull faktor för deras välmående.

”Det hade känts konstigt om min sambo hade fått åka hem och sitta där själv. Jag hade nog mer nytta av att vi var tillsammans så att han kunde stötta mig i du vet... blöjbyten, hämta, lämna, bära, fixa... allt det där.” (informant 3)

Kvinnorna upplevde att när vårdpersonalen på sjukhuset inte hade möjlighet att erbjuda partnern en sängplats på BB-avdelningen, stängs personen ifråga ut från den nya familjen. Kvinnorna menade att betydelsen av det emotionella och fysiska stöd partnern ger till kvinnan under det första dygnet efter förlossningen då missbedöms och tas inte på allvar.

”Jag tycker det är jättesynd att det inte bara finns familjerum. Så som vi lever våra liv idag, att man som mamma och pappa får det här första dygnet ihop med sitt nyfödda barn och att man faktiskt inte stänger ute pappan, för det är precis det man gör... när man inte erbjuder båda att få stanna kvar. Om man nu vill det...” (informant 4)

Dock var kvinnorna ändå i efterhand nöjda i sitt val att återgå till hemmet enligt THG. Partnerns stöd var en viktig faktor för kvinnorna som bidrog till att det skulle kännas bra att återgå till hemmet sex till nio timmar efter förlossningen. Att partnern kunde hjälpa till i hushållet och avlasta kvinnan de första dygna var också en påverkande faktor. En del kvinnor menade att de inte hade klarat sig själva hemma, medan andra upplevde att det hade gått på något sätt att klara det som krävs av dem, men att det hade varit väldigt tufft.

”På något sätt så hade man väl löst det även själv, men det hade ju varit väldigt mycket bökigare skulle jag tro.” (informant 7)

Diskussion

Metoddiskussion

Denna metoddiskussion syftar till att påvisa föreliggande studies vetenskapliga kvalitet, genom en kritisk granskning som lyfter både styrkor och svagheter i arbetet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Eftersom föreliggande studie är en kvalitativ studie kommer begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet att användas för att diskutera föreliggande studies resultat (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012; Mårtensson & Fridlund, 2017).

Syftet med föreliggande studie var att beskriva omfödorskors upplevelser av den nya rutinen ”Trygg hemgång efter förlossningen”. Valet av metod gjordes utifrån studiens syfte och frågeställningar (Henricson & Billhult, 2017). Författarna valde att använda sig av en kvalitativ intervjumetod, med semistrukturerade intervjufrågor då det ansågs vara lämpligt när syftet var att beskriva upplevelser av ett specifikt fenomen. Det hade varit svårt att använda sig av en kvantitativ metod eftersom det då syftar till att göra strukturerade mätningar, och resultatet presenteras sedan av siffror i olika former (Billhult, 2017). Att presentera omfödorskors upplevelser av den nya rutinen THG, som inte ansågs vara mätbart, i siffror uteslöts därför kvantitativ metod. Den metoden uteslöts även på grund av lågt antal informanter, eftersom kvantitativa studier generellt behöver fler informanter för att kunna svara på forskningsfrågan (Billhult, 2017).

För att skapa en kunskapsgrund sökte författarna till föreliggande studie efter vetenskapliga artiklar inom ämnet tidig hemgång efter förlossning, inom olika databaser. Det fanns en hel del publicerad forskning inom området, dock inte så mycket forskning inom de närmsta tio åren. En del av artiklarna som kom att användas till föreliggande studies bakgrund var därför äldre än tio år vilket kan ses som en svaghet. Dessa artiklar ansågs dock, av författarna till föreliggande studie, fortfarande vara relevanta då de redovisade liknande fynd som senare

forskning inom området. En del av artiklarna utgör grunden för tidig hemgång i Sverige redan på 1980-talet och ansågs därför vara viktiga att redovisa i studiens bakgrund. Föreliggande studie innehåller även en artikel som är en sammanställning av olika studier, en s.k. review. Denna artikel refererar författarna till föreliggande studie till, vid ett tillfälle. Författarna till föreliggande studie såg över möjligheten att finna originalartikeln men då artikeln skulle kosta över 400 kronor att beställa hem, för en 24-timmars tillgång, så avböjdes detta. Att inte ha haft tillgång till originalartikeln till just denna referens kan anses vara en svaghet i föreliggande studie.

Då föreliggande studie utfördes under en begränsad tid använde sig författarna av ett bekvämlighetsurval vilket kan ses som en svaghet, men också en nödvändighet. Urvalet av informanter gjordes med hänsyn till studiens syfte och ansågs därmed vara lämpligt för att undersöka valt fenomen. Det hade varit möjligt att använda sig av ett annat urval, så som ändamålsenligt urval, men det hade krävt mer tid vilket författarna ansåg att de inte hade. Ett ändamålsenligt urval hade möjliggjort att författarna kunde välja ut informanter med olika bakgrund och erfarenheter för största möjliga variation och därmed få ett mer trovärdigt resultat (Danielsson, 2017). Dock var de kvinnor som kom att delta i studien i varierande åldrar, hade en varierad utbildningsnivå och ett varierat antal barn och därmed olika tidigare erfarenheter, vilket bidrog till en större bredd och rikare trovärdighet i resultatet. Författarna hade sedan tidigare bestämt sig för att intervjua tio informanter vilket gjorde att erbjudandet om att delta i studien inte nådde samtliga kvinnor som återgått till hemmet enligt rutinen THG under september månad 2017, då rekryteringen till studien avslutades efter att tio kvinnor tackat ja till att delta i studien. Till slut intervjuades totalt nio kvinnor, då en kvinna valde att avstå från att medverka i studien precis innan intervjun skulle hållas. Resultatets trovärdighet och bredd skulle eventuellt styrkas om studien innehöll fler informanter, men samtidigt tycktes inte fler intervjuer tillföra någon ytterligare kunskap inom området eftersom de intervjuer som genomfördes bemärkte liknande fenomen och resultatet ansågs därmed vara mättat.

Intervjumetoden som användes var semistrukturerad. Detta innebar att författarna använde sig av ett antal förformulerade öppna frågor, och sedan kunde ställa varierande följdfrågor beroende på vilken information som uppkom under intervjun (Danielsson, 2017). Intervjuerna ägde rum sju till tio veckor efter förlossningen. Detta ansågs av författarna till föreliggande studie vara ett rimligt tidsintervall för informanterna att ha förutsättningen att ha bearbetat sina upplevelser och samtidigt komma ihåg dem. Intervjuerna genomfördes enskilt av författarna vilket kan ses som både en styrka och en svaghet. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) kan det ses som en svaghet, då ett gemensamt genomförande av intervjuerna kan resultera i fler följdfrågor och därmed ett bredare perspektiv av den totala upplevelsen. Om intervjuerna görs enskilt däremot, vilket var fallet i föreliggande studie, kan vissa följdfrågor utebli och därmed kan resultatets tillförlitlighet påverkas. Dock kan den enskilda intervjun även ses som en styrka enligt Trost (2010), då informanterna kan känna sig underlägsna av två intervjuare och därmed ha svårt att uttrycka sina känslor och upplevelser.

För att styrka resultatet och göra det mer tillförlitligt bör en eller flera provintervjuer göras, för att på så sätt se om planerade frågor är adekvata och svarar på syftet (Danielsson, 2017). Detta genomfördes inte i föreliggande studie på grund av tidsbrist vilket kan ses som en svaghet. Det krävs även en erfarenhet för att bli en bra intervjuare, och författarna i föreliggande studie har aldrig intervjuat tidigare, vilket även det skulle kunna vara en svaghet. Enligt Danielsson (2017) är det dock en styrka att informanterna har fått välja intervjumetod

och plats för intervjun själva. Majoriteten kvinnor valde att intervjuas över telefon då de ansåg att det var lättast för dem, men en kvinna intervjuades i sitt hem. Det är stor skillnad i att intervju någon person över telefon och att intervju personligt. När intervjun sker personligt kan författaren tolka så mycket mer än bara orden som sägs, så som kroppsspråk och reflektioner, vilket är svårt under en telefonintervju (Danielsson, 2017). Författarna till föreliggande studie kan omedvetet ha avbrutit en intressant berättelse och på så sätt gått miste om värdefull information (Ibid.).

För att analysera de transkriberade intervjuerna använde sig författarna av en kvalitativ innehållsanalys. En sådan analysmetod ansågs vara lämplig då författarna hade ett gediget textmaterial och analysmetoden ansågs kunna svara på syftet. Analysen skedde genom en induktiv ansats, och utgick från innehållet i texterna vilket styrker resultatet. Det hade varit möjligt att utgå från en deduktiv ansats under analysprocessen, där en förbestämmd teori eller modell används, men det skulle även kunna bidra till ett vinklat resultat. Analysprocessen genomfördes av båda författarna till föreliggande studie och resulterar i att resultatet blir mer trovärdigt enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012), eftersom författarna helt oberoende av varandra lyfte ut liknande meningensenheter ur textmaterialet. Författarna har även redovisat tabeller ur analysen, skrivit enligt vedertagna riktlinjer, i resultatet vilket ökar den vetenskapliga kvaliteten.

Pålitligheten i föreliggande studie påvisas genom att författarna har beskrivit sin förförståelse och belyst hur det kan ha påverkat insamlingen av data och dess analys (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012; Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna är väl medvetna om att det är omöjligt att inte ha någon sorts förförståelse och att det kan ha påverkat analysprocessen. Dock stämde inte resultatet helt överens med författarnas förförståelse, vilket betyder att resultatet ej vinklats av förförståelsen utan analyserats objektivt. Pålitligheten styrks även då adekvat inspelningsutrustning användes under intervjuerna, som därmed kunde transkriberas ordagrant.

Resultatets trovärdighet och pålitlighet behöver vara säkrade för att kunna bedöma om resultatet är överförbart till andra grupper och kontexter (Mårtensson & Fridlund, 2017). Resultatet kan inte generaliseras men skulle kunna vara överförbart på en liknande grupp, det vill säga andra omföderskor som återgår till hemmet enligt rutinen THG, dock är upplevelsen alltid subjektiv vilket gör att det inte finns någon absolut sanning (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Ytterligare förutsättningar för att kunna bedöma en studies vetenskapliga kvalitet är att författarna har tagit hänsyn till etiska principer under studiens gång och redovisat dessa (Mårtensson & Fridlund, 2017). De forskningsetiska riktlinjer som framkommer enligt SFS 2003:460 och Vetenskapsrådet (2002) har författarna tagit hänsyn till inför och under hela genomförandet av studien vilket styrker den vetenskapliga kvaliteten. Författarna har även tagit hänsyn till informanternas autonomi och deras möjlighet till självbestämmande vad gäller studiens deltagande. Sekretessen är även det ett forskningsetiskt övervägande som tillgodosetts genom att informanterna avidentifierats och behandlats konfidentiellt, vilket gör att resultatets innehåll ej kan spåras till en enskild individ. En annan faktor som stärker studiens vetenskapliga kvalitet är att författarna har gjort en risk- och nyttaanalys. Där beskriver författarna en potentiell nytta för omvårdnaden av den eller de deltagare forskningen avser, för att därmed främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande.

Resultatdiskussion

Samtliga omfödreskor i föreliggande studie hade en positiv helhetsupplevelse av den nya rutinen THG. Många kvinnor hade en negativ förförståelse eller förutfattade meningar av THG som inte stämde överens med den uppfattning de hade av den nya rutinen efter förlossningen. Kvinnornas upplevelser av THG resulterade i åsikter och önskemål om hur rutinen skulle kunna komma att förbättras. I det arbetet är de tre kategorierna; *valet vid THG påverkas av olika omständigheter, trygghet uppnås genom olika faktorer* samt *stöd kan erhållas på olika sätt*, viktiga hörnstenar.

Det var viktigt för omfödreskorna att uppleva att det var deras egna val att gå hem enligt rutinen THG och inte barnmorskans. Kvinnorna önskade att information av rutinen skulle framföras av barnmorskan på ett sätt som fick kvinnorna att uppleva THG som ett erbjudande. För kvinnorna innebar ett erbjudande om THG att det fanns möjlighet för dem att få stanna kvar på BB-avdelningen om de så önskade. Majoriteten av kvinnorna i föreliggande studie upplevde att det var ett eget val att gå hem enligt THG men några kvinnor upplevde inte att de fick möjligheten att välja. Vikten av att kvinnan upplever att det är hennes egna val att gå hem tidigt från förlossningsavdelningen understödjer tidigare forskning (Persson & Dykes 2000). Om kvinnan upplever att det inte är hennes egna val så påverkar det helhetsupplevelsen till att inte bli lika positiv (ibid.). Detta understryker betydelsen av rätt framförande då barnmorskan presenterar erbjudandet om THG till kvinnan efter förlossningen. Kvinnan bör veta om att det finns ett alternativ, vilket är att kvarstanna på BB-avdelningen. Likaså bör kvinnan känna till alla de fördelar för både moderns och barnets hälsa, som forskning har påvisat vid tidig hemgång (Waldenström 1987, James et. al 2016, Kurth et. al, 2016; Persson & Dykes 2000; Löf et. al 2006; Beake et. al 2005). Därigenom kan kvinnan fatta ett relevant beslut om hemgång i förhållande till omständigheterna som råder. Omständigheterna kan bestå av kvinnans välmående, erfarenheter, behov av återhämtning efter förlossningen etc. Detta går i enighet med Socialstyrelsens kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning (2017). Enligt denna rapport ska vårdtiden beslutas i samråd med kvinnorna som har fött barn och utifrån deras psykiska och fysiska behov. Hälso-och sjukvårdslagen (1982) ställer dessutom krav på att vården i Sverige ska tillgodose patientens behov av självbestämmande och integritet. Detta bekräftar kvinnornas rättighet att uppleva att valet att gå hem enligt rutinen THG, bör vara deras egna.

En del kvinnor upplevde att erbjudandet om att gå hem enligt THG presenterades av barnmorskan alldeles för nära inpå förlossningen och att detta påverkade upplevelsen av THG negativt. Författarna till föreliggande studie anser att barnmorskan, efter att ha identifierat kvinnan som en kandidat för THG (i enighet med checklistan, se bilaga 1), bör avvakta ett antal timmar innan erbjudandet om THG läggs fram för kvinnan. På så sätt säkerställer barnmorskan att kvinnan har hunnit känna efter hur hon mår samt hur hon önskar att välja. Risker med att kvinnan inte har tillräckligt med tid på sig för att bedöma om hon är redo att återgå till hemmet belyser tidigare forskning. Ellberg (2008) menar att kvinnor kan känna sig pressade av vårdpersonalen att ta ett beslut som de senare ångrar. Författarna till föreliggande studie menar att barnmorskan har ett stort ansvar i att vara lyhörd inför den kvinna hon vårdar. Att säkerställa att kvinnan känner sig redo för att gå hem med sitt nyfödda barn är en viktig uppgift som ligger hos barnmorskan. Genom att barnmorskan tar sig tid inne hos kvinnan på förlossningsrummet och samtalar kring omständigheterna så säkerställer sig barnmorskan om att kvinnan är redo att gå hem med sitt nyfödda barn. Barnmorskan bör även försäkra sig om att kvinnan har fått svar på alla de frågor hon har angående sin egen samt sitt

nyfödda barns hälsa, före hemgång. Betydelsen av att barnmorskan försäkras sig om att kvinnan är redo för hemgång och ger henne individuellt anpassad information före hemgång påvisas i tidigare forskning (David et. al, 2012; Alamlık & Dean 2017).

Författarna till föreliggande studie anser att en grundläggande faktor för att gå hem enligt THG är det faktum att kvinnan som erbjuds är omföderska. THG erbjuds inte på rutin till förstföderskor vilket förmodligen hade resulterat i helt andra upplevelser än de som beskrivs i föreliggande studie. Förstföderskor besitter inte samma erfarenheter som omföderskor. Enligt kvinnorna i studien så hade erfarenheterna en stor roll för att de skulle kunna känna sig trygga när de kommit hem från förlossningsavdelningen och detta bidrog till den positiva upplevelsen av THG. Erfarenheterna resulterade i att kvinnorna inte upplevde sig vara i lika stort behov av stöd och information från barnmorskan första tiden efter förlossningen, jämfört med deras första förlossning. Dock förekom det att en del av kvinnorna kontaktade sjukhuset de första dygnet då de hade något de undrade över angående deras egen eller deras nyfödda barns hälsa. Enligt Ellberg (2008) så kan tidig hemgång innebära utmaningar för hälso- och sjukvården då medicinska tillstånd hos barn blir svårare att förebygga, upptäcka och behandla. Författarna till föreliggande studie har en hypotes om att dessa risker är mindre då det gäller omföderskor. På grund av sina erfarenheter av tidigare spädbarn har de en annan kännedom kring vad som tillhör det normala och vad som kan vara avvikande.

Tydlig och konkret information från barnmorskan var en viktig faktor som bidrog till kvinnornas positiva upplevelser av THG. Majoriteten av kvinnorna ansåg att de hade erhållit tillräcklig information före hemgång. Tidigare forskning på området visar tvärtom att kvinnor som fött barn erhåller otillräckligt med information efter förlossningen avseende både hennes egen samt hennes nyfödda barns hälsa (Kanotra et.al, 2007; Sword et. al 2012; Walker et.al, 2015). Samtliga kvinnor i föreliggande studie kände sig dock trygga med vart de kunde vända sig vid behov, om de hade frågor till barnmorskan första veckan efter förlossningen. Författarna till föreliggande studie anser att kännedomen om att det alltid finns en barnmorska som kvinnorna kan ringa till vid behov dygnet runt, det vill säga till BB-mottagningen samt BB-avdelningen på jourtid, ligger till grund för att kvinnorna ska kunna känna sig trygga i att gå hem enligt THG. Tidigare forskning stärker denna hypotes (Boe Danbjorg et. al, 2014; Löf et.al, 2006). Vidare anser författarna till föreliggande studie också att det är viktigt att barnmorskan informerar föräldrarna att ringa i tid om de oroar sig för något och inte väntar till nästkommande dag eller kommande uppföljningsbesök. Om föräldrarna ringer tidigt ökar chanserna att kunna förebygga och upptäcka medicinska åkommor hos barnet, till exempel hypoglykemi och hyperbilirubinemi. I de fall då kvinnan kvarstannar på BB-avdelningen har hon ständigt en barnmorska till hands att kunna fråga då hon undrar över något. Oro och osäkerhet är vanligt bland föräldrar till nyfödda barn enligt Kurt et.al (2016) och leder till behov av stöttning. Författarna till föreliggande studie menar att kvinnan bör upplysas av barnmorskan att hon lika självklart som att kunna fråga barnmorskan på BB-avdelningen, bör kontakta sjukhuset vid oro, frågor eller funderingar då hon går hem enligt THG.

Kvinnorna önskade att de före förlossningen erhållit mer information om vad den nya rutinen THG innebar, av barnmorskan på barnmorskemottagningen. Kvinnorna trodde att mer information skulle bidra till en mer rättvis bild av rutinen. Ingen av kvinnorna hade före förlossningen kunskap om vad THG innebar, samt dess uppföljningsmetod i form av telefonsamtal från barnmorskan dagen efter hemgång och återbesök till BB-mottagningen efter några dygn. Kvinnorna hade istället skapat sig en bild av rutinen genom bland annat massmedias rapportering vilket bidragit till att de före förlossningen hade negativt

förutfattade meningar. Efter förlossningen förändrades dessa förutfattade meningar till en positiv helhetsupplevelse. Författarna föreslår med anledning av detta att barnmorskemottagningarna runt om i regionen, till vilken den berörda kvinnokliniken som tillämpar rutinen THG tillhör, bör informera kvinnorna om vad rutinen innebär i sin helhet och vad syftet är. Syftet grundar sig i tidigare forskning och visar på flera fördelar hos modern liksom hos det nyfödda barnet (Almalik & Dean, 2017; Askelsdottir et al., 2013; Danbjorg, Wagner, & Clemensen, 2014; Gazmarian et al., 2014; James et al. 2016; Martin et al., 2014; Walker et al., 2015; Ricci, 2013.)

Samtliga kvinnor upplevde att uppföljningen från sjukhusets organisation var tillräcklig. En del kvinnor upplevde dock att det var svårt att förklara problem över telefon jämfört med en visuell kontakt. En kvinna föreslog att hembesök av barnmorskan hade varit ett bra alternativ och bidragit till en ännu bättre upplevelse. Den uppföljning som erbjuds runt om i landet efter att kvinnorna gått hem tidigt efter förlossningen, är olika organiserad. På en del håll erbjuds återbesök till sjukhuset och på andra håll erbjuds hembesök av en barnmorska (Socialstyrelsen 2017). Enligt Hälso-och sjukvårdslagen (1982) ska hälso-och sjukvården ges på lika villkor men enligt författarna till föreliggande studie är det inte så i verkligheten. Detta intygar även Socialstyrelsen (2017) som menar att vården efter förlossning i Sverige varierar beroende på inom vilken region eller inom vilket landsting kvinnan har fött barn i och att kvinnan har olika möjlighet att kunna påverka detta. Författarna till föreliggande studie anser att det är av stor betydelse att kvinnor i Sverige erbjuds samma alternativ till uppföljning efter förlossningen och att vidare forskning kan utvisa vilken som är den bästa uppföljningsmetoden att erbjuda kvinnorna som fött barn. Först då kan en jämlik eftervård vid förlossning skapas och Hälso-och sjukvårdslagen (1982) krav tillgodoses.

Forskning visar att nyförlösta kvinnor behöver både fysiskt och psykiskt stöd då de första veckorna innebär en stor omställning (Barimani, 2012; Ricci, 2013; Gazmarian et.al, 2014; Martin et al., 2014). Detta stämmer väl överens med vad kvinnorna i föreliggande studie ansåg. I de fall då enbart kvinnan och det nyfödda barnet, och inte kvinnans partner, kunde erbjudas en sängplats på BB-avdelningen så valde de att istället åka hem tillsammans enligt rutinen THG. Kvinnorna ansåg att stödet från deras partner var betydelsefullt på både det fysiska och emotionella planet och valde därför att inte stanna kvar själva på BB-avdelningen med sitt barn. Dock upplevde dessa kvinnor i efterhand rutinen THG som positiv, trots att det inte var deras förstahandsval. Att kvinnan upplever ett större självförtroende i sitt moderskap då hon går hem tidigt från förlossningsavdelningen påvisade Waldenström (1987) redan på 80-talet. Känslan av samhörighet ökar dessutom vid THG och är en viktig faktor för hela familjens välmående (Persson & Dykes 2000; Löf et. al 2006.). Detta kan förklara varför kvinnorna upplevde rutinen THG som positiv trots att det inte alltid var deras förstahandsval.

Författarna anser att föreliggande studie påvisar betydelsefulla faktorer till att omfödorskor upplever det positivt att gå hem enligt THG. Dessa faktorer kan ha betydelse för barnmorskor på barnmorskemottagningar, på förlossningsavdelningen samt för ledningen på den kvinnokliniken som tillämpar rutinen THG. För barnmorskan på barnmorskemottagningen kan studien ha betydelse i hennes arbete i att informera omfödorskor om rutinen THG. Barnmorskan bör då informera om vad rutinens syfte är samt hur rutinen ser ut med sin uppföljningsmetod. Vidare kan föreliggande studien ha betydelse för barnmorskan på förlossningsavdelningen i hur och när hon bör lägga fram erbjudandet om THG till kvinnan efter förlossningen. Barnmorskan på förlossningsavdelningen kan också ha nytta av att ta del

av vilken information som omföderns önskar att erhålla före hemgången. För den kvinnoklinik som tillämpar rutinen THG i västra Sverige kan omföderns upplevelser, redovisade i föreliggande studie, vara relevanta i utvärdering och vidareutveckling av rutinen. Att kvinnor har positiva upplevelser efter en förlossning anser författarna till föreliggande studie borde gynna hela vårdkedjan i stort. Då en kvinna upplever trygghet efter en förlossning borde hon vara i mindre behov av stöd och vårdresurser inför en eventuell nästkommande graviditet och förlossning. Detta gynnar i första hand kvinnan själv men vidare även mödrahälso- samt förlossningsvården ekonomiskt sett, då kvinnan rimligtvis kräver färre vårdresurser.

Slutsatser

Omföderns upplever det som positivt att gå hem enligt den nya rutinen THG. En viktig faktor som påverkar upplevelsen till att bli positiv är att kvinnor upplever att det är ett eget val att gå hem tidigt från förlossningsavdelningen. Det är således viktigt att barnmorskan presenterar THG som ett erbjudande och inte som ett krav för kvinnor. Andra viktiga faktorer som påverkar kvinnor till att skapa en positiv upplevelse av THG är att erhålla konkret och tydlig information av barnmorskan före hemgång. Informationen bör bestå av förändringar som sker i kvinnors samt deras nyfödda barns hälsa efter förlossningen. Det är även viktigt att kvinnor vet vart de kan vända sig när oro eller frågor uppkommer samt att de erhåller stöd av sin partner i hemmet. Mer information om syftet med THG, samt vad rutinen innebär bör ges till gravida kvinnor av barnmorskor på barnmorskemottagningar, då informationen om THG i många fall är bristfällig. Bristfällig information påverkar kvinnor till att skapa negativt förutfattade meningar om rutinen. Syftet med studien var att beskriva omföderns upplevelse av den nya rutinen THG vilket presenteras i föreliggande studie. Omföderns upplevelser resulterade i åsikter och önskemål vilket kan bidra till förbättringar av rutinen. Resultatet av studien kan därför komma att bli betydelsefullt för barnmorskor i deras arbete med omföderns både på barnmorskemottagningar och på kvinnokliniken som tillämpar THG.

Vidare forskning

I föreliggande studie intervjuades nio omföderns. Sju av dessa kvinnor hade fött sitt andra barn och två kvinnor hade fött sitt tredje respektive femte barn. Med anledningen av att kvinnorna inte hade stor variation i paritet kunde inte författarna dra några slutsatser kring hur paritet påverkar upplevelsen av att gå hem enligt rutinen THG. Författarna till föreliggande studie har ändå en hypotes om att ju fler barn en kvinna tidigare fött, desto mer trygg känner hon sig inför att gå hem enligt THG med anledning av den erfarenhet kvinnan skapat för varje barn. Författarna anser att det vore värdefullt att i framtiden genomföra en studie på hur omföderns upplevelser av THG skiljer sig i förhållande till hur många barn de fött för att eventuellt kunna anpassa rutinen därefter. Detta skulle kunna resultera i en mer individanpassad eftervård vid förlossning.

I föreliggande studie presenteras tidigare vetenskaplig forskning på hur tidig hemgång påverkar kvinnans och barnets hälsa. I föreliggande studies bakgrund beskrivs hur tidig hemgång definieras olika världen över och varierar mellan 6–72 timmar (Kurth et al., 2016; James et al., 2016; Danbjorg, Wagner & Clemensen, 2014). Variationen i antalet timmar innan hemgång från förlossningsavdelningen kan, enligt författarna till föreliggande studie, ha betydelse för resultatet i de olika studierna. Vidare beskrivs det inte alltid om studierna är

genomförda på förstföderskor eller omföderskor. Författarna till föreliggande studie menar att det är nödvändigt att genomföra fler och mer omfattande studier på kvinnor och barn som går hem sex till tolv timmar postpartum. Detta för att verkligen säkerställa mors och barns hälsa och upplevelser vid hemgång från förlossningsavdelningen efter dessa timmar. Författarna anser även att det vore betydelsefullt att utvärdera amningsprevalens i relation till tidig hemgång sex till tolv timmar postpartum, något som också tycks saknas vetenskaplig forskning om. En ny sökning i databaserna CINAHL samt PubMed utfördes vid slutet av föreliggande studie för att undersöka om ny forskning publicerats inom området tidig hemgång, och i så fall inkludera det. Sökningen gjordes dock utan resultat.

Referenslista

- Almalik M., Dean V. (2017). Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. *Journal of clinical nursing*, 2017;00:1–10. Doi:10.1111/jocn.13812
- 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), 927-934. doi:10.1016/j.midw.2012.11.001
- Beake, S., McCourt, C., & Bick, D. (2005). Women's views of hospital and community-based postnatal care: the good, the bad and the indifferent. *Evidence Based Midwifery*, 3(2), 80-86.
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 45(3), 758-763. doi:S0080-62342011000300030
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P., & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, N.PAG.
- Chalmers, B., Mangiaterra V., Porter, R. (2001) WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*. sep; 28:202–7.
- Danbjorg, D-B., Wagner, L., & Clemensen, J. (2014). Do families after early postnatal discharge need new ways to communicate with the hospital? A feasibility study. *Midwifery*, 30(6),725-32
- Danielson, E., (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur
- David, L., Dsouza, S. R., Prabhu A., & Lewis, L. (2012) Learning needs and nursing care needs of postnatal women: Perception of women and the nurses. *I-Manager's journal on nursing*, 2, 20.
- Gazmarian, J. A., Dalmida, S. G., Merino Y., Blake, S., Thompson, W., & Gaydos, L. (2014). What new mothers need to know: perspectives from women and providers in Georgia. *Maternal and Child Health Journal*, (18)839–851
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.

- Hildingsson I. (2003) Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning. (Doktorsavhandling, Karolinska institutet, Stockholm) Hämtad från: <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/37758/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- James L., Sweet L. & Donellan-Fernandez R. (2016). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Woman and birth* (20) 87–99. Doi: 10.101
- Kanotra, S., D'Angelo, D., T.M., Morrow, B., Barfield, W. D., & Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS) Survey. *Maternal & Child Health Journal*, (11)549–558.
- Lindberg, B. (1994). *Kvinnosjukvård under hundra år 1894–1994* (1:a uppl.) Halmstad: bulls tryckeri AB
- Lundman B, Hällgren-Graneheim U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, Höglund-Nielsen B (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom Hälso- och sjukvård*. (s. 187–201). 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur
- 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.
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz., A. & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and Child Health Journal* (18) 707–713.
- Nyberg, R. (2012). Vanliga frågor om uppsatser. I R. Nyberg & A. Tidström (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. (s. 33–56). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen S. (2001). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber
- Persson, E., & Dykes, A. (2002). Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, 18(1), 53–60.
- Ricci, S. (2013). *Essential of maternity, newborn and woman's health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Sainz Bueno, JA., Romano, MR., Teruel, RG., Benumea, AG., Palacin, AF., Gonzalez, CA., & Manzano, MC. (2005). Early discharge from obstetrix-pediatrics at the hospital deValme, with domiciliary follow-up. *AM J Obstet Gynecol*. 193(3pt1), 714–26.
- SFS 1982:763. Hälso-och sjukvårdslag. Stockholm: FaktaInfo Direkt.

- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning som avser människor*. Hämtad 2017-11-09:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2017-11-09 från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Socialstyrelsen (2017) *Vård efter förlossning - En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Hämtad 2017-11-13 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20592/2017-4-13.pdf>
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdspedagogernas förening. *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa*. Webbversion 2016. Hämtad 2017-11-14 från: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska neonatalsektionen. *Säker vård efter förlossningen – rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*. Hämtad 2017-11-14 från: https://www.sfog.se/media/154226/serker_vard_efter_forlossningen_2013.pdf
- Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P.A., Young, D., Hutton, E. (2012) Women's and care provider's perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC pregnancy and childbirth* (12) 29.
- Tidström, A., & Nyberg, R. (2012). Beskriv material och metoder. I R. Nyberg & A. Tidström (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. (s. 115–138). Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. 4:e upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2017-11-09 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Waldenström, U. (1987). *Tidig hemgång efter förlossningen- ett alternativ till BB-vård*. Västerås: Spri.
- Waldenström, U., & Lindmark, G. (1987) Early and late discharge after hospital birth. A comparative study of parental background characteristics. *Scand J Soc Med*, 15, 159-67
- Waldenström, U., Sundelin, & Lindmark, (1987) Early discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period, *Uppsala Journal of medical sciences*, 92:3, 301-314, doi: 10.3109/03009738709178701

Walker, L.O., Murphey, C.L., & Nichols, F. (2015) The broken thread of health promotion and disease prevention for women during the postpartum period. *The journal of perinatal education*, 24, 81–92.

Bilaga 1

Checklista vid hemgång 6–24 timmar efter förlossning

För en säker hemgång från sjukhuset inom 24 timmar efter förlossningen har nedanstående kriterier framtagits. Checklistan fylls i av barnmorska innan barnläkarundersökningen. Dagen efter hemgång rings patienten upp av barnmorska, telefonsamtalet bokas i ELVIS. Återbesök efter 48 timmar.

| Mor | Omvårdnad | Barn |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tidigare väsentligen frisk mor med frånvaro av psykosociala riskfaktorer.<input type="checkbox"/> Okomplicerad graviditet och förlossning, enkelbörd, efter 37+0 graviditetsveckor.<input type="checkbox"/> Dokumentation av:<ul style="list-style-type: none">- Bltr > 140/90 mmHg- Blåstömning- Bedömning av uterus<input type="checkbox"/> Rh Negativ. Profylax givet.<input type="checkbox"/> Rubella? | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Barnet hud mot hud<input type="checkbox"/> Barnet ska ha visat för åldern normalt sugbeteende och modern bör uppleva att barnet har sugit kraftfullt. Amningsobservation är dokumenterad.<input type="checkbox"/> Föräldrarna ska vara väl förtrogna med barnets behov och sugbeteende.<input type="checkbox"/> Föräldrarna ska känna till vart de kan vända sig vid behov av hjälp och stöd.<input type="checkbox"/> Genomgång av BB-vårdplan. (Trädet)<input type="checkbox"/> Bokad uppföljning<ul style="list-style-type: none">- telefon- BB-mottagningTiderna skrivs in i BB-vårdplan (Trädet). | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vikt, längd och huvudomfång ska vara registrerat.<input type="checkbox"/> K-vitamin givet sc eller per os<input type="checkbox"/> Barnet ska ha blivit barnläkarundersökt och bedömts som friskt.<input type="checkbox"/> Normal vikt för gestationsålder.<input type="checkbox"/> Pulsoxymetriscreening (POX) utförd och infört i obstetrix.<input type="checkbox"/> Bilirubinscreening _____ referensvärde vid 6h < 81 http://neoforeningen.se/dokument/vardprogram/hyperbili_kurva_2008.pdf<input type="checkbox"/> Normal kroppstemperatur 36,5 – 37,5°<input type="checkbox"/> Blodgrupp vid Rh-neg mor<input type="checkbox"/> Frånvaro av riskfaktorer (se baksidan) |

Signerad av
Barnmorska: _____

Bilaga 1 forts.

Riskfaktorer för mor och barn

| Mor | Barn |
|--|--|
| <p>Psykosocial anamnes Rökning, komplicerad situation t.ex. ensamstående, bristande kontaktnät, våld i hemmet, missbruk under aktuell graviditet, ålder <18 år.</p> <p>Interkurrenta sjukdomar Exempelvis: Diabetes mellitus, hjärtkärlsjukdom, psykisk sjukdom, njursjukdom, tarmsjukdom eller annan systemsjukdom, BMI >35</p> <p>Graviditet och förlossning Graviditetskomplikation Flerbörd Preeklampsi Graviditetsdiabetes Vattenavgång > 18 timmar, fullgången tid Mekoniumfärgat fostervatten (individuell bedömning i samråd med barnläkare) Blödning > 1000 ml Omfattande perinealbristning</p> <p>Vid riskfaktorer samråd med läkare om tidig hemgång är möjlig</p> | <p>Psykosociala riskfaktorer (Psyk sjd, missbruk, ensamstående mor utan nätverk, komplicerad bostadssituation, språksvårigheter, anamnes om våld i hemmet)</p> <p>Sjukdom hos modern (infektion, GBS, ev antibiotikaproylax, kronisk sjukdom, läkemedelsbehandling, diabetes)</p> <p>Graviditets/förlossningskomplikation (grav.diab, förlossningstrauma inkl VE > 3 dragningar, immunisering)</p> <p>Allvarlig perinatal sjukdom/död hos tidigare barn (ffa perinatal infektion)</p> <p>Långvarig vattenavgång (> 18 tim), eller feber hos mor (> 38,0°)</p> <p>Underburenhet (< 37+0 veckor)</p> <p>Tillväxtavvikelse (IUGR, SGA, LGA) individuell bedömning görs</p> <p>Asfyxi (apgar < 7 vid 5 min eller andra tecken till fetal/neonatal distress såsom lågt pH)</p> <p>Vidgade urinvägar</p> |

2017-03-27 Anna-Karin Ringqvist Svetlana Najm

Bilaga 2

Checklista vid telefonuppföljning dagen efter hemgång

I Elvis finns en lista på respektive enhet för de patienter som ska ringas upp. BBTELÖ (Östra) och BBTELM (Möndal).

Kvinnans hälsa och allmäntillstånd

Hur fungerar det hemma? Hur mår du?
Bekräfta, svara på frågor.

Barnet

Pigg/trött
Kissat?
Beckat?
Gulhet

Amning

Ammar du? Om svaret är ja:
Hur fungerar det? Är barnet sugvilligt? Ungefär hur ofta äter barnet?
Vid behov görs en plan som följs upp på mottagningsbesöket eller vid ny telefonuppföljning.

Om barnet inte ammas:
Hur fungerar det med matningen?

Dokumentera

Lägg upp telefonsamtal i obstetrix och dokumentera under passande sökord ex. amning.
/2016-01-07 Anna-Karin Ringqvist & Liselotte Bergqvist



Information om ”Omfödorskors upplevelser av trygg hemgång 6-12 timmar postpartum”

Bakgrund och syfte

Tidig hemgång efter förlossningen tillämpas på flera sjukhus i Sverige. Syftet med denna studie är att försöka förstå kvinnornas egna upplevelser av ”Trygg hemgång 6-12 timmar efter förlossningen”. Resultatet kan komma att bli värdefullt för förlossningsvårdens utveckling.

Förfrågan om deltagande

Du som omfödarska har gått på tidig hemgång efter förlossningen. Vi vill veta hur Du upplevde detta.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas på Sahlgrenska Universitets Sjukhuset eller en plats Du själv väljer. Intervjun kan även ske via telefon om så önskas. Du kommer att tillfrågas om Dina upplevelser kring tidig hemgång efter förlossningen. Intervjun beräknas ta 40-60 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina upplevelser av tidig hemgång efter förlossningen. Att delge sina erfarenheter kan upplevas positivt och kvinnor som blir erbjudna tidig hemgång kan i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom studien.

Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man komma nära känsliga situationer men vi bedömer inte att samtalet vid intervjun är integritetskränkande. Det kan eventuellt av några personer uppfattas som svårt att kritisera den vård som de är/varit beroende av.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Forskningsmaterialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att få tillgång till det och då data från studien kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Bilaga 3 forts.

Personuppgiftsansvar

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är *Utförarstyrelsen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Du kan vända dig till sjukhusets personuppgiftsombud, (tfn: 031-343 27 15), om du önskar utdrag om de personuppgifter som finns registrerade på dig. (Adress: Torggatan 1, plan 3, 413 35 Mölndal tfn. 031-343 10 00)

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur undersökningen utan att ange något skäl.

Ansvariga:

Linda Catic, Sjuksköterska och barnmorskestudent vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0739591556 e-post: guscatli@student.gu.se

Matilda Claesson, Sjuksköterska och barnmorskestudent vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0735985611 e-post: gusmaticl@student.gu.se

Handledare:

Margareta Mollberg, PhD, barnmorska, Lektor i reproduktiv och perinatal hälsa. Programansvarig för Barnmorskeprogrammet och Masterprogrammet i reproduktiv och perinatal hälsa. Sahlgrenska Akademin, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Telefon: 0766182366 e-post: margareta.mollberg@gu.se

Bilaga 4

Intervjuguide

Hur gammal är du?

Vad är din högsta slutförda utbildningsnivå?

Vad är din civilstatus?

Hur många barn har du?

Berätta om din upplevelse av "trygg hemgång efter förlossningen"

- Antal timmar till hemgång?
- Vad kände du?
- Positivt/negativt?
- Förbättringar?

Hur var din inställning till THG före förlossningen?

Berätta hur upplevde du informationen kring tidig hemgång på MVC?

- Saknades något?
- Förklarades syftet?
- Förförståelse?

Berätta hur du upplevde du förslaget om THG från barnmorskan på förlossningen?

- På vilket sätt?
- Vad kände du?
- Eget val?

Berätta hur du upplevde hemgångsinformationen från barnmorskan på förlossningen?

Berätta om den första veckan hemma efter förlossningen

- Anhörigstöd?
- Hur kändes det?
- Amning?

Berätta vad du tänker om uppföljningen från BB mottagningen

- Bra/dåligt?
- Vad kan förbättras?
- Var uppföljningen tillräcklig?
- Tillräckligt med stöttning från sjukhuset?
- Gjordes det fler besök än det första rutinmässiga?

Skulle du rekommendera andra omfödelskor att gå på THG, varför/varför inte?

Bilaga 5

Exempel ur analysprocessen.

| Meningsbärande enhet | Kondenserat innehåll | Underkategori | Kategori |
|--|--|---|--|
| <p><i>"De frågade mig! Det var faktiskt en öppen fråga och det tyckte jag kändes väldigt bra. Lite som att de sa: -Hur vill du göra nu? Vill du åka hem eller vill du stanna kvar? Hur känns det? Så det var mer en öppen fråga liksom, det var inte alls som jag hade hört från andra."</i></p> | <p>Det är viktigt att valet ligger hos en själv.</p> | <p>THG var inte alltid ett erbjudande</p> | <p>Kvinnor upplever att valet vid THG påverkas av olika omständigheter</p> |
| <p><i>"Jag tror att det är väldigt viktigt hur barnmorskan ställer frågan. Så att man känner att... Man har ju varit ganska så utsatt under en förlossning så man är väldigt skör efteråt. Så då vill man verkligen kunna ta det där beslutet utan att behöva känna in vad som förväntas av en."</i></p> | | | |
| <p><i>"Jag... upplevde det som bra. För andra gången kände man sig mycket lugnare. Jag kände mig trygg och...erfaren på nåt sätt. Även fast jag bara har fått ett barn innan men... jag kände mig liksom inte orolig eller så"</i></p> | <p>Erfarenheter ger trygghet.</p> | <p>Att vara omföderska</p> | <p>Trygghet vid THG kan uppnås genom olika faktorer</p> |
| <p><i>"I och med att vi hade ett barn sedan innan så kändes det som om vi hade koll och därmed var trygga i att gå hem."</i></p> | <p>Större kontroll efter andra förlossningen.</p> | | |
| <p><i>"Det var tur att vi var två hemma. Hade jag varit själv så hade jag nog inte klarat det."</i></p> | <p>Partnern avlastar kvinnan.</p> | <p>Att erhålla stöd från partner och anhöriga</p> | <p>Stöd vid THG kan erhållas på olika sätt</p> |

| | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <p><i>”Det som är bra med återbesöket är ju att man kan passa på att fråga om man har något man funderar på. Min bebis hade lite hormonplitor men det var inget konstigt. Så fick man det bekräftat. Sen så var det lite andra kontroller så det var bra.”</i></p> | <p>Att ha frågor på återbesöket.</p> | <p>Uppföljning från sjukvården.</p> | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|