



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskors upplevelser av att ge postnatal vård i hemmet

En kvalitativ intervjustudie

Midwife´s experiences of giving postnatal care at home

A qualitative interview study

Författare: Marijana Drmac & Linnéa Sjögren

Handledare: Eva-Kristina Persson

Examensarbete

Våren 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Postnatal vård i hemmet erbjuds på ett begränsat antal orter i Sverige. Denna vårdmodell har enligt ett flertal studier visat sig uppskattats av patienterna. Barnmorskor har olika verksamhetsområden och att ge vård i hemmet är en av dem. Kunskap om hur barnmorskor upplever att ge postnatal vård i hemmet saknas.

Syfte: Att belysa barnmorskors upplevelser av att ge postnatal vård i hemmet.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Datainsamling genomfördes via fokusgruppsintervjuer med BB-hemma barnmorskor verksamma i Malmö och Helsingborg.

Resultat: Ett övergripande tema identifierades av barnmorskorna och beskrevs med *Att arbeta inom en positiv vårdmodell*. Temat indelades i fyra kategorier, *Stärkt yrkesroll*, som innefattar *Utnyttjar hela sin kompetens* och *Upplevelse av stor tillit från familjerna*, *Genuint möte i hemmet* som innefattar *Har fokus på en kvinna i taget*, *Ser kvinnan i sitt sammanhang* och *Upplevelse av en avslappnad miljö för kvinnan*, *Tydligt familjefokus i hemmet* som innefattar *Upplevelse av en delaktig partner* och *Upplevelse av att hela familjen kan vara med*, samt *Ser framtida möjligheter* som innefattar *Önskar anpassa och utveckla vårdmodellen* och *Vill inkludera fler kvinnor i vårdmodellen*.

Slutsats: Barnmorskorna var eniga om att BB-hemma var en stimulerande vårdmodell att arbeta inom och beskrev den positiva bekräftelse de fick av kvinnorna samt egna upplevelser. De uttryckte även en önskan om att kunna utöka vården i hemmet för fler kvinnor och familjer och beskrev en mer familjefokuserad vård med möjlighet att stödja ett jämlikt föräldraskap.

Nyckelord

Barnmorskors upplevelser, BB-hemma, Postnatal vård i hemmet, Vårdmodell

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Bakgrund	4
Postnatal vård	4
<i>BB-hemma i Skåne</i>	6
Partnerskapsmodellen – en fördjupning i relationen mellan barnmorskan och kvinnan	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	13
Stärkt yrkesroll i hemmet	15
Genuint möte i hemmet	17
Tydligt familjefokus i hemmet	20
Ser framtida möjligheter	22
Konklusion	31
Referenser	32
Bilaga 1	39

Introduktion

Sedan 2019 har kvinnor med okomplicerad vaginal förlossning erbjudits postnatal vård i hemmet på två orter i Skåne, Helsingborg och Malmö, under namnet BB-hemma (Region Skåne, u.å.). Vårdmodellen erbjuds även i Uppsala sedan 1990-talet (Akademiska sjukhuset, 2021). BB-hemma innebär att legitimerade barnmorskor erbjuder vård hemma med hembesök postpartum, ibland tillsammans med en undersköterska, och följer upp den nyblivna familjen under första veckan efter förlossningen (Region Skåne, u.å.).

I en studie från Uppsala där 21 föräldrar deltog och blev intervjuade i fokusgrupper, framkom att BB-hemma ansågs som positivt då familjen fick vara i sin hemmiljö och samtidigt fick tillgång till professionellt stöd (Johansson et al, 2010). Barnmorskans kompetensområde innefattar både vård på sjukhuset och i hemmet, där barnmorskan har ett ansvar för den postnatala vården under den nyblivna familjens första tid efter förlossningen (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2018). Vårdtiderna på sjukhus för eftervård har blivit kortare och kvinnorna vårdas inte på sjukhuset lika länge som förr. På 1970-talet var medelsnittstiden cirka sex dygn och idag är det cirka två dygn (Waldenström, 2016). Kvinnor skrivs ut fortlöpande från BB avdelningen men kan vara i behov av ytterligare stöd (Johansson et al, 2019). Tidigare forskning har visat att postnatal vård i hemmet kan vara ett tryggt alternativ för kvinnan, det nyfödda barnet och partnern efter förlossningen (Persson & Dykes, 2002). Nyligen har detta bekräftats i en norsk intervjustudie där det framkom att föräldrarna upplevde trygghet med den norska motsvarigheten till vårdmodellen BB-hemma (Aune et al, 2021).

Barnmorskans funktion är viktig i samhället och det är viktigt att barnmorskor får utöva sin kompetens i största möjliga utsträckning relaterat till begränsningar i samhället som till exempel minskade vårdplatser och begränsad postnatal vård (Hildingsson & Fenwick, 2015). Hildingsson och Fenwick belyser att svenska barnmorskor värderar en god arbetsmiljö och föreslår att framtida studier ska undersöka barnmorskors tillfredsställelse med sin arbetssituation. Intresset har därför väckts till att belysa barnmorskors upplevelser av att ge postnatal vård i hemmet.

Bakgrund

Postnatal vård

Organisatoriskt är kvinnoklinikerna ansvariga för moderns och barnets hälsa och postnatala vård de första sju dygnen efter förlossning (Socialstyrelsen, 2017). I mitten av 2010-talet var kvinnor och nyfödda barn inlagda på sjukhus i snitt cirka 2 dygn efter förlossning, under mitten av 1970-talet var motsvarande siffra cirka sex dygn (Waldenström, 2016). Under mitten av 1900-talet, var det vanligt med vårdtider på upp till 14 dagar och mor och barn var då ofta skilda åt under hela vårdtiden förutom vid förutbestämda tider för amning (Waldenström, 1987). Separationen av mor och barn pågick i viss mån ända in på 1980-talet. Mot denna bakgrund kan konstateras att den postnatala vården har utvecklats och på många sätt förbättras. Det finns dock utrymme att ifrågasätta om de korta vårdtiderna idag är gynnsamt för de nyblivna föräldrarna och barnet. En alltför kort vårdtid kan resultera i att föräldrarna inte får det stöd de behöver, att de får ta emot begränsad eller otillräcklig information och inte hinner ställa personliga frågor (Waldenström et al, 2006).

Svenska studier har dessutom visat att allt fler är missnöjda med BB-vården i Sverige, att föräldrarna inte upplever lika bra stöd på sjukhuset som i hemmet, att partnern inte involveras på BB avdelningen och att amnings stödet är otillräckligt (Askelsdottir et al, 2013; Ellberg et al, 2010; Socialstyrelsen, 2017; Waldenström et al, 2006). I en svensk tvärsnittsstudie där 1474 föräldrarna har deltagit genom att svara på ett frågeformulär om hur de upplevde del postnatala vården, påvisades olika faktorer som kan bidra till en negativ upplevelse. Bland annat visades att föräldrarna upplevde personalen som stressade, likgiltiga eller till och med nedlåtande, att fadern eller partnern kände sig utanför eller ignorerad och att föräldrarna inte kände sig delaktiga i de beslut som togs (Ellberg et al, 2010). I en annan svensk tvärsnittsstudie av Barimani et al. (2015) där 363 kvinnor deltog, framkom det också att kvinnorna önskade större stöd postnatalt kring sin återhämtning och det psykiska välmåendet. Barimani et al. (2015) belyste att barnmorskornas stöd

är viktigt för att nyblivna mödrar inte ska tappas bort i vårdkedjan och på detta sätt förebyggs akuta sjukhusbesök samt komplikationer.

Enligt svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG, 2013) ska den postnatala vården anpassas efter familjens behov och kvinna, partner och barn ska ses som en enhet. År 2016 var det dock endast 16 av 43 sjukhus i Sverige som kunde erbjuda familjerum på sjukhuset, där alla nyförlösta kvinnor får ha sin partner hos sig under hela vårdtiden, till samtliga (Socialstyrelsen, 2017). På några sjukhus erbjuds familjerum vid särskilda omständigheter, för övrigt vårdas kvinnorna på dubbelrum och partner måste gå hem när besökstiden är slut.

Postnatal vård i hemmet

I början av 1980-talet introducerades för första gången i Sverige en modell, där kvinna och barn blev utskrivna tidigt från förlossningen och därmed kunde gå hem tillsammans med partnern. Därefter följdes familjen upp med dagliga hembesök av barnmorska under cirka en veckas tid. Definitionen av *tidigt* var vid tidpunkten 24–48 timmar postnatalt. Modellen visade mycket positiva resultat och effekter såsom tätare amningstillfällen och större delaktighet från partnern (Waldenström, 1987). Modellen antogs av Akademiska sjukhuset i Uppsala 1990 och har med framgång pågått sedan dess (Akademiska Sjukhuset, 2021). För övrigt är det endast ett fåtal sjukhus i Sverige som erbjuder denna modell av postnatal vård idag (Socialstyrelsen, 2017).

För att kunna bedöma barnets omställning efter födelsen behöver familjen vårdas på sjukhuset i minst sex timmar efter förlossning (Socialstyrelsen, 2017). Efter förlossning gör barnmorskan en bedömning av moderns och barnets hälsa. De som har behov av sjukhusvård, erbjuds sjukhusvård medan de kvinnor som haft en normal vaginal förlossning, och som bor inom upptagningsområde för postnatal vård i hemmet, erbjuds det under förutsättning att mor och barn mår bra (Socialstyrelsen, 2017).

Forskning har visat att kvinnor som erhållit postnatal vård i hemmet uppgav en mer positiv upplevelse av den postnatala perioden än de som vårdats på sjukhus (Askelsdottir et al, 2013;

Johansson et al, 2019). Dessutom känner de sig mer delaktiga i beslutsfattandet kring sin vård jämfört med de som vårdats på sjukhus. Andra positiva effekter av postnatal vård i hemmet har visat sig i form av att föräldrarna blir mer utvilade eftersom de kan sova i sina egna sängar och att de känner sig mer trygga och fria hemma (Aaserud et al, 2017; Johansson et al, 2010). En del kvinnor uppgav att de kände sig osäkra på amningen och hade önskat mer stöd. Dock uppgav majoriteten att de upplevde att barnmorskorna hade tid för dem och var inte stressade vilket resulterade i en positiv amningsrådgivning. Sammanfattningsvis är majoriteten av kvinnor nöjda med postnatal vård i hemmet (Askelsdottir et al, 2013; Johansson et al, 2010; Johansson et al, 2019; Waldenström et al, 2006). Flertalet kvinnor uppgav också att de önskade postnatal vård i hemmet igen vid en eventuell nästkommande förlossning (Johansson et al, 2019).

BB-hemma i Skåne

I Helsingborg erbjöds postnatal vård i hemmet under 1990-talet (Kvist et al, 1996; Persson & Dykes, 2002) men lades ner. År 2019 startades vårdmodellen på nytt i Skåne under namnet "BB-hemma" i Malmö och Helsingborg (Region Skåne, u.å.). I Malmö är det en permanent implementerad vårdmodell medan BB-hemma drivs som ett treårigt projekt i Helsingborg. Hembesöken görs i Helsingborg av en ensam barnmorska medan i Malmö åtföljs barnmorskan i regel av en undersköterska. Båda orterna har tillgång till elcykel, bil eller taxi som transportmedel.

Varje familj erbjuds vanligtvis minst två hembesök. Första kontakten med BB-hemma barnmorskan sker oftast genom ett inledande telefonsamtal, och sedan har barnmorskan och familjen även daglig telefonkontakt fortsättningsvis under första veckan för att göra en bedömning av hur familjen mår, och om vårdbehov för fler hembesök finns. Vid behov planeras ytterligare hembesök (Region Skåne, u.å.). Vid det första hembesöket läggs stort fokus på amning och amningsstöd, förutsatt att kvinnan har valt att amma sitt barn (Region Skåne, u.å.). Om kvinnan inte ska amma, får föräldrarna hjälp med flaskmatning och eventuellt information om att pumpa ur bröstmjölk om det är aktuellt. Genomgående för samtliga hembesök är att familjens önskemål och behov är i fokus, samt moderns och det nyfödda barnets hälsa och välbefinnande. Under det andra hembesöket har barnet som regel fyllt 48 timmar och PKU-prov tages. PKU står för fenyylketonuri och är ett blodprov som tas i screeningsyfte på alla nyfödda

fyllda 48 timmar (Karolinska Universitetslaboratoriet, 2020). Vikt och hörsel kontrolleras vid ett sjukhusbesök efter cirka fem dagar, då även avslutande samtal sker och föräldrarna lämnar information om vilken barnvårdscentral (BVC) de önskar tillhöra (Region Skåne, u.å.). Detta betyder att vårdtiden blir längre än de i medel två dagar som kvinnor vanligtvis vårdas på sjukhus. Därefter tar BVC över uppföljning av främst barnets hälsa och modern följs upp med efterkontroll på mödravården 6–12 veckor postpartum (Socialstyrelsen, 2017).

Barnmorskans roll och verksamhetsområde

Den etiska koden för barnmorskor lyfter fram de olika kompetensområden som utmärker barnmorskans roll. Kvinnor har olika hälsofrämjande behov i livets olika skeden och barnmorskan har en specifik kunskap att möta dessa behov. En av barnmorskans arbetsuppgifter är att stödja kvinnor och familj till egenvård. Det innebär att barnmorskan har en särskild uppgift i att främja det friska, lära ut och ge råd. Arbetsområdet sträcker sig brett kring frågor om sexualitet, reproduktiv hälsa, nyblivet föräldraskap och vården av det nya barnet. Detta kan ske på olika platser som på sjukhuset eller i hemmet (SBF, 2019).

Hildingsson och Fenwick (2015) beskriver hur barnmorskans roll har utmanats då de längre bak i tiden har arbetat i samhället där de bodde och fanns tillgängliga för kvinnorna runt om sig. Idag har dock kvinnor inte samma kontinuitet under graviditeten och efter förlossningen, utan får oftast byta barnmorska och därför önskar många kvinnor en ökad kontinuitet från sin barnmorska. Vården av gravida kvinnor har även blivit mer medicinsk och de medicinska mätinstrumenten är fler vilket även kan skapa en oro hos kvinnor då det inte fokuseras på det friska. Hildingsson och Fenwick (2015) tar upp hur nya barnmorskor förlitar sig mer på teknologin och riktlinjerna till skillnad från de äldre barnmorskorna. Studien visade också att barnmorskor som arbetar inom primärvården var mer nöjda med den miljön de arbetade i jämfört med barnmorskorna på sjukhuset. Hildingsson och Fenwick (2015) diskuterade att detta kunde bero på att barnmorskorna var mer självständiga i primärvården och själva planerade in sina besök med kvinnorna, vilket genererade en känsla av kontroll och flexibilitet. Samtidigt visade studien att de barnmorskor som arbetade på förlossningsavdelningen, trots en mer hektisk miljö, var mer nöjda med sin arbetsplats jämfört med

barnmorskorna som arbetade på postnatalavdelning. Detta berodde på att barnmorskorna på postnatalavdelning inte kände sig nöjda med sin insats och upplevde svårigheter att ge kvinnocentrerad vård eftersom arbetsbelastningen och miljön var kaotisk. Hildingssons och Fenwicks (2015) studie framhävde också att barnmorskor vill uppleva sitt arbete som tillfredsställande för att må bra på sin arbetsplats och fortsätta i yrket.

I en tvärkulturell studie av Hildingsson et al. (2016) undersöktes barnmorskors erfarenheter av yrkesrollsidentitet i Sverige, Nya Zeeland och Australien. Studien visade att svenska barnmorskor och barnmorskorna på Nya Zeeland hade starkare yrkesidentitet jämfört med barnmorskorna i Australien. I Australien var barnmorskans roll mer underordnad läkarnas medicinska kompetens och barnmorskorna hade ett begränsat ansvar för kvinnorna. Hildingsson et al. (2016) kom fram till att kvinnors tillgänglighet av god och kontinuerlig vård bör främjas eftersom detta är en av de mest viktiga strategierna till att förbättra livskvaliteten för kvinnor och deras nyfödda. Förutom detta identifierade Hildingsson et al. (2016) att barnmorskor behöver statligt och politiskt stöd för att ha möjligheten att utföra ett självständigt arbete.

I en studie av Persson och Dykes (2002) om föräldrars erfarenheter av postnatal vård i hemmet efter tidig utskrivning från sjukhuset, belystes barnmorskans stödjande förhållningssätt som den mest viktiga faktorn för att främja känslan av trygghet för föräldrarna i hemmet. Det framkom även i studien att föräldrarna var nöjda med att barnmorskan hade avsatt tid för dem och en ostressad barnmorska gav en känsla av kompetens. Aune et al. (2021) beskriver i sin norska studie att föräldrar väljer att få postnatal vård i hemmet i önskan om att få tillräckligt med stöd av både barnmorskan och familjen. Barnmorskans närvaro och förhållningssätt var faktorer som föräldrarna ansåg påverka den postnatala vården i hemmet samt att hembesöken genererade en känsla av trygghet för föräldrarna. Johansson et al. (2019) visade i sin studie att det oftast var äldre barnmorskor med lång arbetslivserfarenhet som gav den postnatala vården i hemmet och att detta kunde vara en faktor som ökade tryggheten för kvinnorna.

Partnerskapsmodellen – en fördjupning i relationen mellan barnmorskan och kvinnan

Barnmorskeyrket kan vara baserat på ett partnerskap mellan kvinnan och den professionella barnmorskan (Mander, 2011). I det engelska språket står benämningen *midwife*- för *med kvinnan* vilket belyser barnmorskans roll i kvinnans liv. Partnerskapet innebär att främja hälsan för kvinnan, det nyfödda barnet och familjen där kvinnans röst har en stark utgångspunkt. För att kvinnan ska kunna reflektera kring sin hälsa behöver den professionella barnmorskan ge utrymme till kvinnan och därmed skapa en miljö där samtalen kan utvecklas. Varje kvinna är unik och utifrån detta perspektiv ska barnmorskan tillsammans med kvinnan arbeta individuellt, baserat på kvinnans resurser och behov. Kvinnan ska ifrån detta partnerskap erhålla en styrka att främja sin och familjens hälsa (Mander, 2011).

De barnmorskor som arbetar ute i samhället har en särskild självbestämmande roll, där barnmorskan verkligen får vara *med kvinnan*. Dock har många barnmorskor upplevt att de även behöver vara *med institutionen* för att vara en del av systemet. Partnerskapet kan påverkas av ett patriarkat på sjukhusen där en läkare intar en ledande roll vilket utgör ett sekundärt partnerskap med barnmorskan. Detta kan påverka barnmorskans och kvinnans autonomi. För att stärka kvinnan och barnmorskans partnerskap bör kvinnohälsa vara en prioritet i samhället och hur kvinnohälsan ska främjas bör diskuteras på en politisk nivå (Mander, 2011).

Ökad kunskap kring barnmorskans roll inom postnatal vård i hemmet kan bidra till att barnmorskan kan främja kvinnohälsa och arbeta i större utsträckning med kvinnor och familjer (Mander, 2011). Föräldrars erfarenheter av att få postnatal vård i hemmet är väl belysta, med positiva resultat som tyder på att detta kan vara framtidens sätt för barnmorskor att ge postnatal vård. För att detta ska bli möjligt behöver verksamheten utvecklas och fler regioner engagera sig. Inte lika många studier har gjorts på barnmorskors upplevelser av att ge vård på detta sätt, varför författarna hoppas att den aktuella studien kommer generera ny kunskap och skapa intresse för att ge postnatal vård i hemmet.

Syfte

Studiens syfte var att belysa barnmorskors upplevelser av att ge postnatal vård i hemmet.

Metod

Studien utfördes i form av fokusgruppsintervjuer som analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod. Metoden valdes för att kunna belysa barnmorskornas upplevelser och erfarenheter. Gruppdiskussioner eftersträvades då diskussioner mellan deltagarna gör att de delar med sig av sina egna upplevelser och erfarenheter, samt kan tolka andras erfarenheter, och på så sätt synliggörs kunskap som kanske annars inte hade kommit fram (Krueger & Casey, 2015).

Författarna utgick ifrån en induktiv ansats som karaktäriseras av att söka mönster i materialet i motsats till att söka material utifrån ett mönster (Graneheim & Lundman, 2017).

Urval

För att svara på studiens syfte bestod urvalet utav legitimerade barnmorskor som arbetar med att ge postnatal vård i hemmet. Deltagarna rekryterades från de sjukhus i Skåne där BB- Hemma är verksamt, vilket för närvarande är Malmö och Helsingborg. Författarna erhöll skriftligen tillstånd från verksamhetschef på respektive sjukhus att utföra studien. Därefter besöktes arbetsplatserna för att ge muntlig och skriftlig information om studien samt rekrytera deltagare.

Samtyckesblanketter för deltagande skrevs på under besöken av de barnmorskor som var intresserade och lämnades direkt till författarna. De barnmorskor som ej närvarade under besöken

erhöll skriftlig information om studien genom en mellanhand som valdes ut på arbetsplatsen, och mellanhanden meddelade därefter författarna om de var intresserade att delta eller ej. Dessa barnmorskor lämnade sedan skriftligt samtycke under tidpunkten för intervjun. För att få ett så stort och brett material som möjligt så erbjöds samtliga barnmorskor att delta, utan krav på till exempel tidigare erfarenhet eller antal år som anställd. Alla tillfrågade barnmorskor önskade delta, dock var det enstaka som ej kunde medverka på grund av praktiska anledningar såsom semester eller sjukdom.

Datainsamling

Intervjuerna utfördes i form av tre fokusgrupperintervjuer, en i Helsingborg samt två i Malmö. Samtliga intervjuer utfördes i ett avskilt rum på respektive arbetsplats, tog 1–1,5 timme/intervju och utfördes på särskilt avsatt tid under deltagarnas arbetstid. Båda författarna närvarade under intervjuerna och turades om att agera moderator respektive observatör. En moderator leder intervjun genom att ställa frågor, medan observatören observerar och fungerar som ett extra par ögon och öron (Kruger & Casey, 2015).

Intervjuerna var semistrukturerade och bestod utav öppna frågor. De inleddes med att deltagarna fick tala fritt om sina upplevelser och erfarenheter genom frågan *“Berätta om era erfarenheter av att arbeta med postnatal vård i hemmet”*. Därefter styrde respondenterna själva diskussionen och observatören var uppmärksam på att diskussionen hölls inom ramarna för syftet. Moderatörn ställde vid behov uppföljande frågor enligt en förberedd intervjuguide (bilaga 1) som skapats av författarna och hade som syfte att hjälpa respondenterna vidare i diskussionen (Krueger & Casey, 2015). Observatören var uppmärksam på att alla respondenterna kom till tals och fördelade ordet vid behov. Intervjuerna spelades in med hjälp av ett inspelningsverktyg och sparades på en lösenordskyddad enhet som endast författarna hade tillgång till. Samtliga deltagare gav sitt samtycke till ljudinspelning.

Analys av data

De inspelade intervjuerna avlyssnades av båda författarna och transkriberades ordagrant till ett textdokument som omfattade 40 sidor. I enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) metod extraherades därefter meningsbärande enheter för att svara på studiens syfte. Båda författarna gjorde detta enskilt för att sedan jämföra de meningsbärande enheterna och säkerställa att all relevant data hade identifierats. De meningsbärande enheterna kondenserades, genom att kortas ner till en mer hanterbar text som dock behöll innebörden av enheten intakt. Därefter skapades koder för varje enhet för att underlätta identifiering av likartade enheter. Koderna skrevs ut på pappersark och organiserades i grupper som genererade nio underkategorier. Underkategorierna analyserades och fyra kategorier samt ett övergripande tema identifierades. Under analysens gång diskuterades arbetet och innehållet fortlöpande med handledare samt i en seminariegrupp.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen enligt Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi ställer ju vissa frågor, till exempel om förlossningsupplevelser för att man ska fånga upp dem familjer och där det har varit där, där det är behov av vidare prata om förlossningsupplevelse. Där tycker jag också det är annorlunda och där hemma för där kan man fråga pappan också: vad tyckte du om förlossningen?	Ställer frågor till pappa om förlossningsupplevelsen i hemmet för att fånga upp behov	Frågor till partnern om förlossningsupplevelsen	Delaktig partner	Tydligt familjefokus i hemmet
Hela familjen med och pratar och ställer frågor och lyssnar och... så det kommer ju liksom på köpet, det är inget man behöver så här "hur ska jag göra för att" utan man är ju där tillsammans.	Hela familjen är med och ställer frågor, behöver inte fundera på hur man ska göra	Naturligt att familjen är med	Hela familjen är med	

Forskningsetiska avvägningar

Författarna erhöll inför studiens start ett rådgivande yttrande (diarienummer 37–21) från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet. VEN:s synpunkter beaktades vid utförandet av studien.

Studien utfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018) samt Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer. Vetenskapsrådets (2002) fyra krav (informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet) har beaktats genom ett flertal åtgärder. Bland annat fick deltagarna muntlig och skriftlig information om studien, dess syfte och utförande, att deras deltagande var frivilligt samt att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst om de skulle önska utan att behöva ange någon orsak. Vidare lämnade deltagarna skriftligt samtycke till att delta i studien och vid intervjuens start påmindes de om möjligheten att avbryta sitt deltagande. All data behandlades konfidentiellt genom tystnadsplikt och avidentifierade citat. Insamlad data kodades och förvarades på en lösenordskyddad enhet som endast författarna hade tillgång till. Vid diskussion av materialet under seminarier hölls kontexten avidentifierad för att ej röja deltagarnas identitet. Det insamlade materialet kommer endast att utnyttjas i den aktuella studien och kommer att förstöras efter avslutad studie. Författarna har genom dessa försiktighetsåtgärder avsett att värna om deltagarnas integritet och verkat för att undvika skadliga eller kränkande konsekvenser för deltagarna på grund av deras medverkande (Helsingforsdeklarationen, 2018, Vetenskapsrådet, 2002).

Resultat

Sammanlagt tretton barnmorskor deltog i tre fokusgruppsintervjuer. Fokusgrupperna bestod av tre, fyra respektive sex deltagare. Alla respondenterna kom till tals under intervjuerna och ingen drog tillbaka sitt deltagande. Totalt 12 barnmorskor hade mer än två års erfarenhet av vårdmodellen BB hemma, och den totala arbetslivserfarenheten som barnmorska varierade mellan 2–37 år. Samtliga

barnmorskor hade tidigare arbetslivserfarenhet från BB-avdelning. Majoriteten hade också tidigare arbetslivserfarenhet från förlossningsavdelning, prenatal och mödravårdsmottagning. På grund av barnmorskornas tidigare erfarenheter av arbete på BB avdelning blev det ofta de jämförde sina erfarenheter på BB-hemma med BB avdelningen även om detta inte var syftet med studien. Citaten är kodade med intervjunummer (I1, I2, I3) samt respondentnummer (R1-6).

Ett övergripande tema *Att arbeta inom en positiv vårdmodell* följt av fyra kategorier *Stärkt yrkesroll i hemmet*, *Genuint möte i hemmet*, *Tydligt familjefokus i hemmet* och *Ser framtida möjligheter* samt nio underkategorier identifierades och presenteras nedan i tabell 2.

Tabell 2. Tema, kategorier och underkategorier

Att arbeta inom en positiv vårdmodell			
Stärkt yrkesroll i hemmet	Genuint möte i hemmet	Tydligt familjefokus i hemmet	Ser framtida möjligheter
Utnyttjar hela sin kompetens	Har fokus på en kvinna i taget	Upplevelse av en delaktig partner	Önskar anpassa vårdmodellen
Upplevelse av stor tillit från familjerna	Ser kvinnan i sitt sammanhang	Upplevelse av att hela familjen kan vara med	Vill inkludera fler kvinnor i vårdmodellen
	Upplevelse av en avslappnad miljö för kvinnan		

Att arbeta inom en positiv vårdmodell

Ett övergripande tema identifierades och formulerades som *Att arbeta inom en positiv vårdmodell*. Gemensamt för de tre fokusgruppsintervjuerna var att barnmorskorna enades om att BB-hemma var en positiv vårdmodell. De uttryckte positiva upplevelser av att ge vård inom vårdmodellen och flera fördelar lyftes. De menade att det kan vara framtidens sätt att ge postnatal vård och upplevde det som en vårdmodell som tilltalade både kvinnorna/familjerna och barnmorskorna. Deras upplevelser av att ge postnatal vård i hemmet sammanfattades av att de upplevde *En stärkt yrkesroll i hemmet, Genuint möte i hemmet, Tydligt familjefokus i hemmet* samt att de *Såg framtida möjligheter* för denna vårdmodell.

Stärkt yrkesroll i hemmet

Barnmorskorna uttryckte att genom att ge postnatal vård i hemmet upplevde de sin yrkesroll som barnmorska stärkt. Detta genom att de *Utnyttjar hela sin kompetens* samt har en *Upplevelse av stor tillit från familjerna*.

Utnyttjar hela sin kompetens

Barnmorskor uttryckte att deras arbete på BB hemma var självständigt, att de fick ta egna beslut och vara kreativa vilket i sin tur ledde till en känsla av att de utnyttjade hela sin kompetens. De uppgav att den administrativa delen av arbetet var avskalad då de inte tillbringade så mycket tid framför datorn. De uttryckte att de kände sig mycket mer som en barnmorska i hemmet än vad de gjorde på sjukhus där de ofta upplevde att de behövde utföra andra arbetsuppgifter som liknades vid en sekreterares eller läkarassistentens arbetsområde. De menade att deras barnmorskeroll var tydligare i hemmet och att det var tillfredsställande att kunna värna om den. Barnmorskorna upplevde att de fick utnyttja sina kunskaper mer än på sjukhus, både för att det inte var lika lätt att ta hjälp av någon annan, samt att de inte använde lika många medicintekniska hjälpmedel i hemmet vilket innebar att de använde sin kliniska blick mer.

- *Alltså jag tycker det känns som man utnyttjar sin barnmorskekunskap bättre i hemmet för du är ensam. Du har ingen, du kan inte kalla på någon, du kan inte ringa på doktorn bara utan du måste tänka till själv. På så vis tycker jag att jag använder mina barnmorskekunskaper mer. (I1/R4).*

Detta ledde till att de upplevde sig själva som experter och att de visste vad de skulle göra, vilket gjorde att de kände sig stärkta i sin yrkesroll. Det framkom också att de kände sig mindre ifrågasatta ifall de använde kreativa lösningar i hemmet än vad de hade gjort på BB-avdelning och detta ledde till att de kunde använda sig av mer individanpassade lösningar. Det upplevdes stärkande och tillfredsställande att ta egna beslut. I de fall barnmorskan samarbetade med en undersköterska under hembesöken kunde det upplevas som en resurs då de uttryckte att möjligheten att bolla tankar och idéer med varandra fanns. I vissa fall upplevde dock barnmorskan undersköterskans roll som oklar och att detta kunde skapa en obalans mellan dem båda under hembesöket. Barnmorskorna uttryckte att de helst ville hålla sig till sitt eget upplägg under hembesöket eftersom de också var medicinskt ansvariga. Barnmorskorna menade att vid osamstämmighet upplevdes det svårt att säga emot undersköterskan inför familjen och det genererade en känsla av att deras kompetens utnyttjades i mindre grad.

Upplevelse av stor tillit från familjerna

Det framkom att barnmorskorna kände sig bemötta med stort förtroende i hemmet. De kände sig välkomnade och respekterade. Samtliga barnmorskor uppgav att de aldrig känt sig rädda eller utsatta under ett hembesök, förutom enstaka fall av vaktande hundar.

Barnmorskorna upplevde att det fanns stora förväntningar på dem och en stor tillit till deras kunskap. Detta kunde visa sig genom att familjerna ställde frågor kring exempelvis anhörigas bekymmer eller frågade om rekommendationer om bästa amningsbehå eller bilstolen. Även om barnmorskorna upplevde att vissa frågor låg utanför deras yrkesroll kände de sig stärkta av denna tillit till dem. De förmedlade också att de som barnmorskor för att arbeta med postnatal vård i hemmet behöver ha goda kunskaper inom eftervård och föräldraskap samt syskons reaktioner till den förändrade familjen då det ofta kom dylika frågor.

- *Man är mycket alltiallo, alltså. Jag upplever många gånger att jag får frågor där man förväntar sig kunna allt i livet (skratt). Jag var på en konferens för några år sedan där där man såg vad barnmorskan heter på alla språk och den gamla spanska barnmorsketiteln hette matrona och jag känner mig som en 'Matrona'...[...] Man ska ha liksom den här historien och man ska ha framtiden med sig, så vad som sades innan och vad sades nu och vad vad kan tänka sig om 10 år? (I1/R3)*
- *Ja jag håller med, ibland får jag frågor som jag måste slå upp. (I1/R1)*
- *Så många bilbarnstolar man har rett ut sådär egentligen. Hur barnen ska sitta och hur den ska byggas upp. (I1/R2)*

Genuint möte i hemmet

Barnmorskorna berättade om hur de hade *fokus på en kvinna i taget* när de gav postnatal vård i hemmet, de såg *kvinnan i sitt sammanhang* och att hemmet gav *upplevelse av en avslappnad miljö för kvinnan*. Dessa tre underkategorier genererade till upplevelsen att barnmorskorna fick ett *genuint möte i hemmet*.

Har fokus på en kvinna i taget

Barnmorskorna uttryckte att det var en tillfredsställelse att kunna fokusera på en kvinna och hennes familj i taget, vilket ledde till mindre stress. De blev inte avbrutna vilket skilde sig mycket från hur de upplevde arbetet på BB avdelningen. Eftersom de kunde fokusera på en kvinna i taget kände de att de var mer närvarande under besöket och de kom på så vis närmare kvinnan och fick ett mer genuint möte. De menade att de kunde anpassa tiden efter familjens behov och inte känna stress över att ha andra saker att göra samtidigt. De uppgav att eftersom de inte hade en telefon de behövde svara i, inte behövde bli kallade till barnläkarrond eller hade tider för tillmatningar och provtagningar att passa, blev mötet i hemmet mindre fragmenterat vilket upplevdes som positivt både för dem själva och för kvinnorna. Barnmorskorna beskrev en känsla av lugn och ro i hemmet utan något annat som störde, en stressfri miljö med fokus på en kvinna i taget.

- *Att man liksom fick fokusera på bara en patient och liksom göra allting färdigt, inte bli liksom avbruten och springa iväg för att någon annan ringde eller det ringde i telefonen eller det var rond, vilket också orsakar både mig stress och jag upplever orsaka patienter väldigt mycket stress. (I2/R6)*

Ser kvinnan i sitt sammanhang

I hemmet får barnmorskorna möta kvinnorna i sin egen miljö och de får vara en gäst i deras hem. Barnmorskorna menade att de därigenom fick mer förståelse för olika levnadssituationer och kände att de upplevde att det var fantastiskt att få ta del av olika kulturer. Barnmorskorna upplevde att det var lättare att få en positiv helhetsbild samt att det var lättare att förstå patienten i sitt sammanhang i hemmet jämfört med på BB avdelningen. En person blir mer oidentifierad och ryckt ur sitt sammanhang när den ligger i en sjukhussäng och har sjukhuskläder på sig. Barnmorskorna fick mer insyn i familjesituationen i hemmet och kunde därför ha en större förståelse för kvinnan vilket gjorde att det blev lättare att prioritera och planera utifrån familjens behov. Barnmorskorna beskriver en mer fokuserad och effektiv rådgivning då det ofta framkom i hemmet vad de behövde fokusera på och därmed kunde de lättare anpassa rådgivningen efter kvinnan. De beskrev sig ha en mer avvaktande inställning och ville inte tillrättavisa kvinnan under amningsrådgivningen. De berättade vidare att de kunde sitta i en lägre position än kvinnan för att påverka maktbalansen och för att kvinnan inte skulle känna sig pressad eftersom amning kan vara känsligt.

De nämnde också andra exempel om just rådgivning och upplevde att i hemmet fick kvinnan mer individuella råd, inte som på BB avdelningen där det hände oftare att olika råd kunde ges utan att de var anpassade efter kvinnan. Barnmorskorna berättade också om familjemedlemmar som tyckte att de gör annorlunda i hemmet än vad kvinnan har rekommenderats på sjukhuset, vilket barnmorskorna lättare kunde förstå eftersom det inte alltid är lätt att säga emot sin svärmor eller mamma. I hemmet kunde barnmorskorna nå ut med sin information till andra som också var hemma under besöket.

- *Nej, det är också olika vad som är rimligt att prioritera i olika livssituationer, vad som är bäst för just den familjen alltså helt. Man blir mer ödmjuk tror jag, man gör liksom inte samma. (I2/R6)*

- *Ja alltså det blir bättre rådgivning på det sättet, för då vet ju du vad du ska lägga krut på och fokusera på att de får råd. Det blir mer effektivt också. (I2/R2)*

Upplevelse av en avslappnad miljö för kvinnan

I hemmet upplevde barnmorskorna att de kunde få till ett annat möte än de kunde på sjukhuset. Barnmorskorna kände sig välkomna och upplevde att det var mycket mer avslappnat för kvinnan att befinna sig i sin egen miljö. I hemmet fanns det utrymme för spontana frågor och att prata om olika funderingar, tankar eller olika idéer. De menade att det blev en dialog och inte massor av information som bara gavs och uppgifter som behövde bockas av, så som det kunde upplevas på en BB avdelning. Barnmorskorna upplevde att familjerna kände sig mer trygga och avslappnade hemma, därför kändes det mer positivt för dem att ge amningsråd i hemmet. Barnmorskorna upplevde att mjölkproduktionen gynnas för kvinnan då en avslappnad miljö kan påverka fysiologin och utsöndringen av hormonet oxytocin vilket främjar amningen. De kände också att de kom närmare kvinnan under amningsrådgivningen, vilket uppfattades som uppskattat av kvinnan. Kvinnorna satt i sina egna kläder som de brukade ha hemma och hade ingen tid att passa vilket upplevdes avslappnande av barnmorskan.

Barnmorskorna beskrev att kvinnorna var mer benägna att ställa olika frågor, även intima frågor om sexualiteten och preventivmedelsanvändning. Det upplevde också att kvinnor behöver lugnt tempo och en lugn stämning särskilt om de har besvär med sömnbrist eller en ångestproblematik. En del barnmorskor hade erfarenheten av att det var lättare att ta PKU-provet i hemmet när kvinnan fick amma och känna sig lugn samtidigt. De förklarade att barnet oftast inte behövde smärtlindras med sockerlösning före provtagning, vilket är vanligt på BB avdelning, och provtagningen lyckades ofta. Barnmorskorna kunde beskriva att på BB avdelningen var patienterna gäster hos dem men i hemmet var det i stället barnmorskan som var gästen. Kvinnorna upplevdes få trygghet i sitt hem och de upplevdes känna sig mer bekväma, detta genom att de fick bättre förutsättningar till att slappna av och inte bli störda av andra så som de kan bli på en BB avdelning.

- *Det är ju att det är väldigt mycket lugnare när man är i någons hem, den personen har inte stressat hit eller ligger inte tillsammans med någon annan mamma eller förälder så att det blir ju ett helt annat lugn. (I3/R1)*

Tydligt familjefokus i hemmet

Kategorin beskriver barnmorskornas upplevelse av ett *Tydligt familjefokus i hemmet* som sedan ytterligare beskrivs i form av två underkategorier. Barnmorskorna berättade om *Upplevelsen av en delaktig partner* och om *Upplevelsen av att hela familjen kan vara med* att det var när de ger postnatal vård i hemmet.

Upplevelse av en delaktig partner

Barnmorskorna upplevde att det underlättade för kvinnan om partnern var delaktig på så vis att de kunde lyssna in och reflektera kring barnmorskans rådgivning. Partnern kunde på så sätt bli ett större stöd för kvinnan genom att också ta till sig informationen. Ett exempel på detta tagen ifrån en amningsobservation där barnmorskan uttryckte;

- *Mammorna är också glada att papporna får var med eller partnern, vid amningsrådgivning. De är ju inne i sin bubbla och brukar till och med kunna säga "det är bra att du sitter med och lyssnar för jag har så mycket annat att tänka på". (I1/R2)*

Barnmorskorna kunde däremot uppleva kvinnorna på sjukhuset, både på BB avdelningen och på mottagningsbesök, som stressade när partnern inte var lika delaktig. Det kunde bero på att partnern väntade utanför med äldre syskon, letade parkering eller helt enkelt inte kände sig tillräckligt avslappnad och trygg för att lyssna aktivt. Barnmorskorna uttryckte en medvetenhet om att det var svårt för kvinnan att ta till sig all information de gav men i hemmet kände de att partnern avlastade kvinnan genom att också lyssna.

Det beskrevs att under Covid-19 pandemin har partners delaktig begränsats ytterligare på BB avdelningen på grund av besöksrestriktioner, men hemma har partnern kunnat vara med under hela besöket. Barnmorskorna berättade att fäder/partners hade uttryckt till dem att de upplevde att modern fick ett stort försprång och det var svårt för dem att komma ikapp när de inte fick vara med den första tiden. Detta upplevdes av barnmorskorna som en grund för ojämlikt föräldraskap.

Vissa fäder/partners uttryckte också att de behövde stöd, framför allt förstagångsföräldrar som inte hade så stor erfarenhet. Barnmorskorna menade också att det kan diskuteras om det ingår i barnmorskans yrke att stötta partners i sin föräldraroll men att de tydligt kunde se att behovet fanns. Fäder/partners som inte mådde bra postnatalet fångades lättare upp i hemmet och barnmorskorna uppgav att möjligheten till att ställa frågor till dem om deras upplevelse av förlossningen också fanns. Barnmorskorna menade också att partnern kunde ha svårt att på första besöket veta vilken roll de skulle inta men att de oftast under andra besöket upplevdes känna sig mer inkluderade, de hade landat och vågade mer.

Upplevelse av att hela familjen kan vara med

I hemmet mötte barnmorskorna ofta hela familjen. Det kunde finnas barn i olika åldrar som ville vara med och veta olika saker. Andra familjemedlemmar brukade också fråga och lyssna vilket välkomnades av barnmorskorna. Barnmorskorna hade goda upplevelser av att olika generationer kunde sitta med, som en farmor eller en mormor. De påpekade också att många kvinnor upplevde partnern som det största stödet men för många andra kvinnor var det resten av familjen som var det största stödet och barnmorskorna var glada att hela familjen kunde vara med.

- *Postpartumperioden framför allt första veckan är så känslig psykiskt. De flesta, speciellt de som har någonting i anamnesen som psykisk ohälsa är så utsatta för hormonförändringarna och sömnbristen att hemmiljön, familjen omkring och stöd av familjen... att det här är viktigt del i BB hemmas vård.*
(I2/R1)

Barnmorskorna upplevde att det kändes spännande att inte bara åka hem till en kvinna och ett barn utan till en familj där en partner samt andra barn i familjen kunde vara med. Ibland kunde husdjur också träda fram som hundar och katter. De hör också till i familjen menade de.

Ser framtida möjligheter

Barnmorskorna talade ofta om framtiden och möjligheterna för hur vårdmodellen BB-vård i hemmet kunde utvecklas. De framtida möjligheterna som barnmorskorna talade mycket om utgörs av två underkategorier som beskriver att de *önskar anpassa vårdmodellen* samt att *de vill inkludera fler kvinnor i vårdmodellen*.

Önskar anpassa och utveckla vårdmodellen

Många barnmorskor upplevde att de har varit med och drivit igenom och utvecklat denna vårdmodell och de såg därför möjligheter för att anpassa den inför framtiden. De blickade tillbaka och berättade att denna vårdform har funnits förr och att den även bör anpassas till framtiden och till de framtida kvinnorna i samhället. Barnmorskorna menade att de kvinnor som behöver mer amningsstöd bör kunna få det i hemmet genom extra hembesök i stället för att åka in till sjukhuset på amningsmottagningen.

- *Jag vill ha en ambulerande amningsmottagning om vi ska prata om hur vi ska utvecklas, så tycker jag att många av besöken på amningsmottagningen skulle vi också kunna göra hemma, vilket jag tror skulle få en bättre effekt. (I1/R3)*

Andra utvecklingsmöjligheter som barnmorskorna funderade på var att göra fler bristningskontroller i hemmet då kvinnorna upplevdes mer avslappnade i hemmet vilket kunde underlätta för kvinnan.

En del barnmorskor upplevde att upplägget i verksamheten skapade förutsättningar för att övervårda kvinnorna då en del kvinnor erbjöds många hembesök och telefonsamtal varje dag trots att allt var normalt och bra. Känslan av att övervårda vissa kvinnor bidrog till upplevelsen av en orättvis vård då barnmorskorna uppgav att andra kvinnor hade behövt deras stöd. Barnmorskorna påpekade att

vården bör anpassas utifrån behovet och att de inte behöver utföra alla åtgärder till de kvinnor som det går bra för. Vidare upplevde barnmorskorna att det är viktigt inte ta ifrån kvinnorna känslan av det normala och att verksamheten behövde bli bättre på att släppa taget.

Vill inkludera fler kvinnor i vårdmodellen

Det framkom att barnmorskorna ansåg att fler kvinnor och familjer skulle erbjudas vårdformen, att patientgruppen skulle utökas och att även kvinnor och barn som legat på BB avdelningen i några dagar skulle få möjligheten att skrivas ut från avdelningen och ändå kunna få uppföljning av BB hemma.

- *Jag tycker att fler ska ha BB hemma. Att det ska finnas möjlighet för fler familjer. Ja nej, ja, att det inte bara är de normala och friska. Kanske också till de kvinnor som inte har haft lika lätt start. (I2/R2)*

Barnmorskorna upplevde fördelningen i nuläget som skev då det endast är de mest okomplicerade och normalförlösta kvinnorna som erbjuds postnatal vård i hemmet medan de som har något komplicerat i anamnesen och verkligen behöver ha sin partner eller familj nära, inte får det utan ofta behöver ligga ensamma på avdelningen. Barnmorskornas erfarenhet var att det ofta var just de kvinnorna som hade något komplicerat i anamnesen som var de som mest hade behövt fördelarna med att få postnatal vård i hemmet. De upplevde att det på så vis blev en orättvis och ojämlig vård.

- *...de friska får en fantastisk vård medan de som är sjuka faktiskt inte får den vården. (I3/R3)*

Barnmorskorna menade också att majoriteten av dem som arbetar på BB-hemma har lång erfarenhet och deras kompetens och erfarenhet kunde utnyttjas ännu mer om de fick mer att "bita i" och mer utmaningar i form av att inkludera fler kvinnor med komplicerade förlopp. Barnmorskorna upplevde vidare att många kvinnor har något i anamnesen idag och de kan ha nytta av barnmorskans kompetens då det är endast barnmorskor som har det medicinska ansvaret i hemmet.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats valdes då studien ämnade att utforska respondenternas upplevelser. Syftet var initialt formulerat “barnmorskors *erfarenheter* av att ge postnatal vård i hemmet” vilket föranledde den inledande frågan “berätta om era *erfarenheter* av att ge postnatal vård i hemmet”.

Respondenterna använde sig dock i första hand av uttrycket “upplevelser” och författarna beslöt därför att justera formuleringen på syftet. Bedömningen att “upplevelser” var likvärdigt “erfarenheter” gjordes då de båda har samma översättning på engelska (*experiences*).

Samtliga barnmorskor som aktivt arbetade på BB-hemma i Malmö och Helsingborg vid studiens utförande erbjöds att delta. Samtliga barnmorskor var intresserade av att medverka, endast någon enskilda kunde inte delta på grund av praktiska omständigheter. Frånvaron av exklusionskriterier gjorde att respondenterna varierade i ålder och arbetslivserfarenhet, vilket bidrar till en variation som är positiv vid fokusgruppsintervjuer (Krueger & Casey, 2015).

Fokusgruppsintervjuer valdes på grund av möjligheten för respondenterna att föra en diskussion kring ämnet och på så vis nå en djupare nivå genom att reflektera över och tolka varandras upplevelser. Fokusgruppsintervjuer är lämpliga när forskaren vill få en djupare förståelse för deltagarnas uppfattning, erfarenhet eller upplevelse om det aktuella ämnet (Krueger & Casey, 2015). Det finns dock utmaningar med denna typ av intervju som togs i beaktande vid utförandet. Bland annat finns det en risk att endast de mest högljudda och frispråkiga kommer till tals medan de mer tystlåtna inte vågar säga något (Krueger & Casey, 2015). Författarna var dock medvetna om detta och var uppmärksamma på att alla kom till tals. Respondenterna höll ofta med varandra men sa också emot varandra, vilket talar för ett öppet klimat. I en fokusgrupp kan deltagarna inte behålla full anonymitet sinsemellan vilket innebär att det krävs att deltagarna känner sig tillräckligt trygga med varandra för att tala om ämnen som kan upplevas som känsliga. Genom att flera gånger upprepa att allt som sägs under intervjuerna är konfidentiellt hoppades författarna på att deltagarna skulle känna sig trygga att tala fritt. Det är dock viktigt för intervjuaren att komma ihåg att deltagarna ej

kan krävas ha tystnadsplikt (Trost, 2010), och detta kan medföra ett etiskt problem. Grupperna tolkades av författarna som trygga med varandra och en avslappnad och tillåtande stämning hölls under intervjuerna. En trygg och avslappnad stämning är essentiellt för en lyckad fokusgruppsintervju (Krueger & Casey, 2015). Intervjuerna hölls på respondenternas arbetsplats i en miljö där de kände sig hemma, vilket också kan ha bidragit till den avslappnade stämningen. Därtill bedömde författarna att syftet med studien inte var av särskilt personlig eller känslig karaktär. Det är dock möjligt att mer känsliga aspekter av barnmorskornas upplevelser hade framkommit vid enskilda intervjuer, och givit en annan vinkling på resultatet.

Fokusgrupper bör innehålla 4–6 deltagare men fler eller färre kan accepteras (Krueger & Casey, 2015). Fokusgrupperna bestod av 3–6 respondenter. Minst fyra respondenter i varje grupp hade varit önskvärt då mindre än så kan anses vara en för liten grupp (Krueger & Casey, 2015). Risken finns då att den tredje deltagaren blir en mellanhand mellan de två andra. På grund av praktiska omständigheter accepterade dock författarna en grupp med tre respondenter. Ett annat alternativ hade varit att utföra enskilda intervjuer med de tre respondenterna, då en kombination av enskilda och gruppintervjuer kan användas i en och samma studie (Trost, 2010). På grund av tidsbrist valdes detta alternativ bort. Författarna bedömde intervjun som balanserad och av lika stort värde som de andra intervjuerna med fyra respektive sex respondenter.

Efter de tre intervjuerna bedömde författarna den insamlade datan som rik och det transkriberade materialet uppgick till 40 sidor. Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys ansågs vara mest lämplig då den gav författarna en tydlig struktur att arbeta efter och båda författarna hade tidigare använt sig av den. Att båda författarna avlyssnade intervjuerna, transkriberade och enskilt identifierade meningsbärande enheter som sedan jämfördes medverkar till studiens tillförlitlighet och trovärdighet. Vidare ökade studiens trovärdighet genom att materialet diskuterades med handledare och på två seminarier med andra studenter, och därmed validerades.

Med aidentifierade citat avsåg författarna att styrka studiens giltighet och ge läsaren en bild av vad som faktiskt sades under intervjuerna. Genom att noggrant beskriva kontexten och processen som följdes under studiens gång ges möjlighet för läsaren att bedöma om resultatet är överförbart (Graneheim & Lundman, 2017).

Resultatdiskussion

Resultatet sammanfattades genom temat *Att arbeta inom en positiv vårdmodell* vilket speglar barnmorskornas övergripande upplevelse av att ge postnatal vård i hemmet. Barnmorskorna uppgav att vårdmodellen medförde fördelar för både dem samt kvinnorna och deras familjer. Detta har även framkommit i en nyligen publicerad norsk studie av Levorstad et al. (2022) där barnmorskor upplevde vårdmodellen fördelaktig för både dem och patienterna. BB-hemma barnmorskorna uppgav att de utnyttjar hela sin kompetens som också Levorstad et al. (2022) lyfte fram att barnmorskorna växer i sin professionella roll och utnyttjar sin kompetens väl i hemmet. Hildingsson et al. (2016) har också tidigare visat att svenska barnmorskor trivdes väl med att få utnyttja sin kompetens genom att arbeta självständigt vilket stärker det aktuella resultatet om att barnmorskor vill utnyttja hela sin kompetens. I resultatet framkom att barnmorskorna kunde uppleva att involvering av undersköterska bidrog till en påverkan på relationen med kvinnan och att deras egen kompetens ibland inte kunde utnyttjas fullt ut vilket de strävade efter. Vidare stärker partnerskapsmodellen (Mander, 2011) att barnmorskors arbete kan påverkas om andra yrkeskategorier involveras och integreras i partnerskapet. Hildingsson och Fenwick (2015) tar upp att barnmorskor bör utnyttja sin kompetens i största möjliga utsträckning för att uppnå tillfredsställelse i yrket vilket kan tala för att barnmorskor kan känna sig stärkta i sin yrkesroll av detta. Barnmorskor har sin etiska yrkeskod (SBF, 2020) att ta hänsyn till vilket också kan prägla deras egna förväntningar på sig själva i yrkesrollen i det dagliga arbetet och att det finns en önskan om att utnyttja hela sin kompetens.

Barnmorskorna upplevde stor tillit från familjerna vilket också stärkte dem i sin yrkesroll vilket kan jämföras med Persson och Dykes (2002) studie där det framkom att föräldrarna som fick postnatal vård i hemmet upplevde barnmorskan som stödjande och kompetent. Detta bidrog till ökat förtroende för barnmorskan. I Johansson et al. (2019) studie framkom det att barnmorskors ålder och erfarenhet genererade ökad trygghet hos familjerna. Att de flesta BB-hemma barnmorskorna hade lång arbetslivserfarenhet kan ha signalerat en förekomst av hög kompetens och vara en bidragande faktor till att barnmorskorna upplevde en stor tillit från familjerna.

Det genuina mötet som barnmorskorna beskrev kan återspeglas av tidigare studier gjorda på föräldrarnas upplevelse av postnatal vård i hemmet där studier av Persson och Dykes (2002), Askelsdottir et al. (2013), Johansson et al. (2019) och Aune et al. (2021) bekräftar att föräldrarna är nöjda med den postnatala vården i hemmet och upplever att det är en positiv vårdmodell. Partnerskapsmodellen (Mander, 2011) beskriver barnmorskans strävan i att få vara *med kvinnan* för att främja kvinnors hälsa och därmed även familjens. När barnmorskan får denna möjlighet och ett partnerskap skapas kan barnmorskan få det genuina mötet och i denna studie framkom det olika faktorer som skapar det genuina mötet.

Barnmorskorna i den aktuella studien upplevde en avslappnad miljö i hemmet vilket gav ett genuint möte. Detta resultat talar för att en avslappnad miljö är viktigt både för barnmorskan och kvinnan för att mötet ska bli lyckat. Tidigare studie av Askelsdottir et al. (2013) visade att föräldrarna inte upplever lika bra stöd på sjukhuset som i hemmet. Sjukhusmiljön gav en annan upplevelse av den postnatala vården för kvinnorna (Askelsdottir et al., 2013), och hemmiljön skapade en känsla av frihet och trygghet (Johansson et al. 2010; Aaserud et al., 2017). Ellberg et al. (2010) lyfte fram att personalen upplevdes stressade på sjukhuset vilket gjorde föräldrarna mindre nöjda med den postnatala vården. I hemmet kände sig BB-hemma barnmorskorna inte stressade eftersom de hade fokus på en kvinna i taget vilket kan generera trygghet för kvinnan och familjen. Detta förstärks av Persson och Dykes (2002) studie där föräldrarna uttryckte en trygghetskänsla när barnmorskan hade avsatt tid för dem, vilket också förstärker att barnmorskorna upplevde att de fick ett genuint möte genom att ha fokus på en kvinna i taget. Hildingsson och Fenwick (2015) beskriver att barnmorskor vill ge kvinnocentrerad vård vilket även stämmer överens med partnerskapsmodellen (Mander, 2011) och resultatet i den aktuella studien där barnmorskorna upplever att de kan ge mer individuell vård när de kan ha fokus på en kvinna i taget.

BB-hemma barnmorskorna kunde se skillnad på av att ge postnatal vård i hemmet jämfört med på sjukhuset där det fanns bestämda rutiner och det upplevdes som fokuset var att utföra specifika uppgifter. I hemmet skapas förutsättningar av att ge kvinnocentrerad vård och även familjefokuserad vård. Att få se kvinnan i sitt sammanhang gav också ett genuint möte vilket många barnmorskor behöver för att kunna bedöma vilket stöd kvinnan behöver. I en systematisk översikt av Sangsawang

et al. (2019) användes hembesök som en psykosocial intervention för kvinnor med eller med risk för postpartumdepression där vårdpersonal kunde bedöma vårdnivån genom hembesök och det kan troligtvis bero på att de då såg kvinnan i sitt sammanhang i hemmet. BB-hemma barnmorskorna lyfte även fram att en avslappnad miljö var viktigt för kvinnor med ångestproblematik och sömnbrist vilket också stärker att hembesök är ett sätt att möta kvinnan i sitt sammanhang i en lugn miljö. Partnerskapsmodellen (Mander, 2011) lyfter också fram hur barnmorskan tillsammans med kvinnan ska arbeta individuellt, baserat på kvinnans resurser och behov vilket barnmorskorna i det aktuella resultatet upplevde att de kunde göra i hemmet.

I det aktuella resultatet har amningsrådgivningen enligt barnmorskorna kunnat främjas i hemmet på grund av tre olika faktorer; genom att barnmorskorna har fokus på en kvinna i taget, ser kvinnan i sitt sammanhang samt att kvinnan befinner sig i en avslappnad miljö. Detta talar för att hemmet kan skapa bättre förutsättningar för riktad amningsrådgivning. Det har lyfts fram från tidigare studier att amningsrådgivningen på sjukhuset har upplevts som otillräcklig (Askelsdottir et al, 2013; Ellberg et al, 2010; Waldenström et al, 2006). Blixt et al. (2019) har utforskat mödrars önskemål kring amningsrådgivning och resultatet visade att en respektfull och individanpassad rådgivning där kvinnan och barnmorskan hade en dialog var av största vikt. Föreliggande resultat tyder på att dessa önskemål lättare uppfylls i hemmet. Barnmorskorna önskade också framtida möjligheter att ge mer amningsstöd i hemmet.

Det framkom tydligt att barnmorskorna upplevde kvinnans partner som mer delaktig i hemmet än på BB avdelning. Detta återspeglas i Johansson et als. (2022) studie som visar att fäder/partners även upplever sig själva som mer delaktiga när postnatal vård ges i hemmet. Covid-19 pandemin togs upp i det aktuella resultatet som en bidragande faktor men de flesta barnmorskor jämförde med sina erfarenheter av att arbeta på BB avdelning före pandemin och ansåg att just hemmiljön var den avgörande faktorn för partners delaktighet. De upplevde det som en stor fördel att partnern också kunde ta till sig av vad barnmorskorna sa och därigenom vara ett större stöd för kvinnan även när barnmorskan hade gått hem. Johansson et al. (2022) beskriver att partnern känner sig mer involverad och som en del av "teamet" när postnatal vård ges i hemmet och detta bidrar till ett större engagemang från partnern. I föreliggande studie hade barnmorskorna uppfattat att partners tyckte att det var svårt att ta igen det försprång som de upplevde att kvinnan

hade om de inte var inkluderade den första tiden. Med postnatal vård i hemmet får de dock möjligheten att vara delaktiga och knyta an till sitt barn tidigt, vilket motverkar det ojämlika föräldraskap som annars kan uppstå.

BB-hemma barnmorskorna upplevde även att hemmiljön underlättade för dem att uppmärksamma partnerns mående och till exempel fråga om dennes förlossningsupplevelse. Tidigare forskning har visat att fäder känner sig tryggare under den postnatala tiden när barnmorskan ser dem som individer och tar hänsyn till deras tankar och känslor (Persson et al, 2012). Detta kan innebära att möjligheten för BB-hemma barnmorskorna att ställa frågor om partnerns mående i hemmet bidrar till större trygghet för partnern och i förlängningen bättre hälsa. Även kvinnan känner större trygghet när hon och partnern får vara tillsammans den första tiden, och upplever ett delat ansvar mellan dem båda (Persson et al, 2011). Detta tyder på att postnatal vård i hemmet bidrar till ett mer jämlikt föräldraskap den första postnatala tiden.

De framtida möjligheterna för vårdmodellen som barnmorskorna uttryckte var baserade på deras upplevelser samt deras kompetens att identifiera ytterligare behov av vårdinsatser till de kvinnor som kan tänka sig få nytta av det. De flesta barnmorskorna i denna studie har många års erfarenhet av att ge postnatal vård och anser att vården kan anpassas och fler kan inkluderas i BB-vård i hemmet. Barimani et al. (2015) har också identifierat att barnmorskans stöd i hemmet kan förebygga ohälsa vilket stärker resultatet i den aktuella studien om att barnmorskor har en särskild kompetens som bör utnyttjas mer. BB-hemma barnmorskorna uttryckte att de ville inkludera flera kvinnor/familjer i denna vårdmodell. Den etiska koden (SBF, 2020) talar för att barnmorskor har en specifik kunskap i att möta kvinnor i olika skeden. I en dansk studie av Kruse et al. (2021) jämförde författarna två grupper av omfödorskor som har genomgått kejsarsnitt där kvinnorna i den ena gruppen fick åka hem efter 28 timmar och få uppföljning i form av hembesök av en barnmorska. Kvinnorna i den andra gruppen fick stanna på sjukhuset i 48 timmar enligt rutin. Kruse et al. (2021) fann att känslan av säkerhet inte äventyrades om paren fick åka hem efter 28 timmar och få hembesök av en barnmorska. I en amerikansk studie av Barkin et al. (2021) där kvinnor med högriskgraviditeter tillfrågades om nyttan av stöd i hemmet genom hembesök, identifierades kvinnor med komplikationer som till exempel preeklampsi där symptomen inte gav med sig efter förlossningen och en del kvinnor kunde uppleva detta besvärande samt uppskattade om stöd kunde

erbjudas. Det finns inte många studier på hembesök till kvinnor med komplicerad graviditet eller förlossning vilket kräver mer forskning inom detta område.

Om fler kvinnor/familjer får tillgång till postnatal vård i hemmet frigörs det fler platser på BB-avdelningen och möjligheterna att stanna ökar för partnerna till de kvinnor som behöver sjukhusvård. Därigenom får barnmorskan möjlighet att anpassa den postnatal vården efter familjens behov och att se kvinna, partner och barn som en enhet såsom svensk förening för obstetrik och gynekologi förespråkar (SFOG, 2013) och som rekommenderas av andra professionsorganisationer (Löf, 2022).

I föreliggande studie uppgav barnmorskorna att många kvinnor/familjer fick hembesök i flera dagar trots tveksamt behov då de mådde bra och amningen fungerade. De upplevde att verksamheten inte släppte taget i tid vilket ledde till att en upplevelse av att en del kvinnor övervårdades. Detta är något som var bestämt ifrån organisationen vilken barnmorskorna styrs av som även partnerskapsmodellen (Mander, 2011) problematiserar då institutionen kan styra barnmorskans arbete trots att barnmorskorna har kompetensen att individanpassa vården. Denna verksamhet kan av organisationen upplevts som riskfylld då kvinnorna släpps i väg från sjukhuset ganska fort efter sin förlossning och barnmorskor har det medicinska ansvaret via hembesök i stället, därav rädslan att släppa taget.

BB-hemma barnmorskorna upplevde att det var tydligt familjefokuserat i hemmet och att hela familjen var med. I den etiska yrkeskoden för barnmorskor (SBF, 2020) beskrivs barnmorskans professionella relation till kvinnan och familjen bygger på stöd i deras rätt att få vara aktiva i beslut samt val. Barnmorskans verksamhetsområde innefattar inte bara kvinnan utan familjer där barnmorskan också ger vård med hänsyn till olika kulturella olikheter. En kvinnocentrerad vård som partnerskapsmodellen som Mander (2011) förespråkar integrerar med den etiska yrkeskoden som det lyfter fram familjen som en del av kvinnan vilket stärker resultatet i att det är positivt och tydligt familjefokuserat att ge postnatal vård i hemmet för att hela familjen kan vara med samt att dem fick möta olika kulturer också. I en systematisk översikt av Bazzano et al. (2019) lyfts föräldrarnas och familjens påverkan på det nyfödda barnets hälsa i låginkomstländer fram. Det som framkom var att ofta var kvinnorna i familjen med i olika generationer och deras kultur samt kunskap kunde påverka

hur barnet togs hand om. Detta är något som BB-hemma barnmorskorna i det aktuella resultatet också beskrev vilket kan tyda på att postnatal vård i hemmet kan vara ett sätt för barnmorskan att arbeta utifrån ett globalt perspektiv där olika kulturer, levnadssituationer och socioekonomiska bakgrunder möts.

Konklusion

Barnmorskorna var eniga om att BB-hemma var en positiv vårdmodell. Fördelarna med vårdmodellen beskrevs utifrån positiv bekräftelse av kvinnornas upplevelser samt barnmorskornas egna upplevelser av att ge vård hemma. Vårdmodellen skapar ett genuint möte mellan barnmorska och kvinna och ett familjefokus möjliggörs för att stödja ett jämlikt föräldraskap. Barnmorskorna lyfte förslag och tankar inför framtiden och synliggjorde en önskan om en utökad vårdmodell med postnatal vård i hemmet för fler kvinnor och familjer. Resultatet kan implementeras i vidare diskussion om att utöka och vidareutveckla postnatal vård i hemmet.

Referenser

Aaserud, T. G., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. K. (2017). Home visits by midwives in the early postnatal period. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1–12. DOI: 10.1016/j.midw.2016.05.003

Akademiska Sjukhuset. (12 Januari 2021). BB-vård i hemmet och återbesöksmottagningen. <https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/ditt-besok/for-dig-som-ar-gravid/nar-barnet-ar-fott2/bb-var-d-i-hemmet-och-aterbesoksmottagningen/>

Askelsdottir, B., Lam-deJonge, W., Edman, G. & Wiklund, I. (2013). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 29(8), 927–934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.001>

Aune, I., Voldhagen, H., Welve, I. & Dahlberg, U. (2021). Early discharge from hospital after birth: How Norwegian parents experience postnatal home visits by midwives – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 30(2021), 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100672>

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

Barkin, J., Bloch, J., Smith, K., Telliard, S., McGreal, A., Sikes, C., Ezeamama, A., Buoli, M., Serati, M. & Bridges, C. (2021). Knowledge of and Attitudes Toward Perinatal Home Visiting in Women with High-Risk Pregnancies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66. doi:10.1111/jmwh.13204

Bazzano, A., Felker-Kantor, E., Eragoda, S., Kaji, A. & Horlick, R. (2019). Parent and family perspectives on home-based newborn care practices in lower-income countries: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Global Health*, 5. Doi:10.1136/bmjgh-2019-002248

Blixt, I., Johansson, M., Hildingsson, I., Papoutsi, Z. & Rubertsson, C. (2019) Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. *International Breastfeeding Journal*. 16;14:51. doi: 10.1186/s13006-019-0247-4. PMID: 31889974; PMCID: PMC6916109.

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

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U.H & Lundman, B. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219–233). Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (2018). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical association.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2015). Swedish midwives' perception of their practice environment—A cross sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 174–181.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.0011877-5756/>

Hildingsson, I., Gamble, J., Sidebotham, M., Creedy, D.K., Guilliland, K., Dixon, L., Pallant, J., & Fenwick, J. (2016). Midwifery empowerment: National surveys of midwives from Australia, New Zealand and Sweden. *Midwifery*, 40, 62–69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.008>

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

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

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

Johansson, M., Östlund, P., Holmqvist, C., & Wells, M. B. (2022). Family life starts at home: Fathers' experiences of a newly implemented Swedish home-based postnatal care model – an interview study. *Midwifery*, 105, N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2021.103199>

Karolinska universitetslaboratoriet (2020-02-27). *PKU-provet*. <https://www.karolinska.se/pku>

Krueger, R., & Casey, M.A. (2015). *Focusgroups - A practical guide for Applied Research*.(5 uppl.) Sage Publications.

Kvist, L.J., Persson, E. & Lingman, G.K. (1996). A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge. *Midwifery*. 12(2) 85-92. doi: 10.1016/s0266-6138(96)90005-4. PMID: 8718112.

Kruse, A.R., Lauszus, F.F., Forman, A., Kesmodel, U.S, Rugaard, M.B., Knudsen, R.K., Persson, E.K., Uldbjerg, N. & Sundtoft, I.B. (2021) Effect of early discharge after planned cesarean section on recovery and parental sense of security. A randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 100(5). 955-963. doi: 10.1111/aogs.14041. Epub 2020 Dec 25. PMID: 33179268.

Levorstad, T., Saue, MS., Nilsen ABV. & Vik ES. (2022). Midwives' experiences of an organizational change in early postpartum care services in Norway: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 6.(24) DOI: 10.18332/ejm/147746

Löf. (2022). *Vård för mor och barn under första veckan efter förlossning. Expertgruppsdokument Säker Förlossningsvård*. <https://lof.se/filer/Expertgruppsdokument-S%C3%A4ker-F%C3%B6rlossning-V%C3%A5rd-f%C3%B6r-mor-och-barn-under-f%C3%B6rsta-veckan-efter-f%C3%B6rlossning.pdf>

Mander, R. (2011). The Partnership Model. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.) *Theory for midwifery practice* (2 upp, s. 304–319).

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

Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 67(1), 105–116. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x029>

Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2012). Fathers' sense of security during the first postnatal week—A qualitative interview study in Sweden. *Midwifery*, 28(5), 697-704. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2011.08.010>

Region Skåne. (u.å.). *BB-hemma - vård i hemmet efter förlossning*. Skånes universitetssjukhus. <https://vard.skane.se/skanes-universitetssjukhus-sus/undersokningar-och-behandlingar/bb-hemma/>

Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 22:215–228. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>

SFOG. (2013). *Säker vård efter förlossningen. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*. https://www.sfog.se/media/154226/s_ker_v_rd_efter_f_rlossningen_2013.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning - En nationell kartläggning av vården till kvinnor*

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

Socialstyrelsen. (2019). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård-Nationella planeringsstödet 2019*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-14.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet [SBF] (2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet [SBF] (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Waldenström, U. (1987). *Early discharge after hospital birth*. [Doktorsavhandling, Uppsala universitet].

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

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1080/00016340500345378>

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

Fördelning av arbetet:

Båda författarna har varit likvärdigt delaktiga i utförandet av studien. Metod och metoddiskussion ansvarade Linnéa Sjögren för i första hand, medan Marijana Drmac hade övergripande ansvar för resultatdiskussionen. Bakgrund och resultat har författats gemensamt. Båda författarna ansvarade för grammatikkontroll och referenshantering.

Intervjuguide

Bilaga 1

Bakgrundsfrågor:

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat på BB-Hemma?
- Hur länge har du arbetat som barnmorska?
- Var har du arbetat tidigare som barnmorska?

Intervjufrågor:

- **Kan ni berätta om era erfarenheter av att ge postnatal vård i hemmet**
- Kan ni berätta hur arbetet i hem-miljö skiljer sig från sjukhusmiljö
- Vilken form av vård eller uppgifter kan du tillgodose på ett annat sätt i hemmet, beskriv
- Har ni en annan roll som barnmorska hemma jämfört med på sjukhus?
- Kan ni berätta hur ni tillgodoser hela familjens behov
- Kan ni berätta om vilka utmaningar ni möter i det dagliga arbetet
- Kan ni berätta om era tankar kring hur BB-hemma kan utvecklas för framtiden

Fördjupande frågor:

- Kan du förklara mer?
- Hur menar du?
- Skulle du kunna ge några exempel?
- Vad tror du det beror på?