



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Mödrars känsla av trygghet, upplevt amningsstöd och vårdpersonalens bemötande under första veckan efter förlossning

En jämförelse av vård inom BB hemma och patienthotellet.

Mothers' sense of security, experience of breastfeeding support and postpartum care the first week after childbirth

A comparative study of two postpartum care units.

Författare: Anni Carvajal
Jeanette Salomonsson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats, antal ord: 5846

Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Tidigare forskning har visat att olika vårdformer kan påverka mödrars känsla av trygghet och välbefinnande. Känslan av trygghet efter förlossning är grundläggande för barnets utveckling och välmående samt för modern, paret och föräldraskapet. Brister samt behov av förändringar i eftervården har lyfts av Socialstyrelsen, bland annat har den sjunkande amningsfrekvensen uppmärksammats.

Syfte: Syftet var att jämföra mödrars känsla av trygghet, upplevt amningsstöd samt bemötande, första veckan efter förlossning när familjen vårdats på patienthotell respektive BB-hemma

Metod: Enkätstudie med kvantitativ ansats. Ett frågeformulär designades med ett validerat instrument (PPSS - känsla av trygghet) samt studiespecifika frågor. Utskick via e-mail förmedlades via 1177. Data bearbetades och analyserades i statistikprogrammet SPSS. Analyserna gjordes både deskriptivt och jämförande med ANOVA samt chitvå-test.

Resultat: Totalt besvarades frågeformuläret av 364 kvinnor varav 201 som vårdats inom patienthotellet och 163 som fått vård hemma. Mödrarna som fått vård hemma rapporterade högre nivå av känsla av trygghet och en signifikant högre andel upplevde bra amningsstöd, jämfört med de som vårdats på patienthotellet. Av de kvinnor som vårdades inom BB hemma uppgav en högre andel att de inte hade svenska som modersmål. Ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan vårdformerna vad beträffar samstämmighet i amningsråd, upplevt bemötande av vårdpersonal samt i vilken grad vårdpersonalen gjorde partnern delaktig.

Konklusion: Kvinnor som fått vård hemma första veckan efter förlossning rapporterade högre känsla av trygghet och upplevde ett bra amningsstöd i större utsträckning jämfört med de som vårdats inom patienthotell. Det krävs kontinuerligt arbete med eftervård samt lyhördhet för nyförlösta kvinnors och deras familjers behov, vilket bör beaktas vid uppstart och utveckling av eftervårdsformer.

Nyckelord

Amningsstöd, BB-vård, Bemötande, Kvantitativ studie, Mödrar, Postpartum, PPSS

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	4
Eftervård	5
Behov efter förlossning	6
Amningsstöd	7
Känsla av trygghet	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	11
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	12
Känsla av trygghet	13
Upplevt bemötande	14
Partner	14
Amning	15
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	19
Konklusion och implikationer	21
Referenser	23
Arbetsfördelning	28
Bilaga 1	29
Bilaga 2	35

Problemområde

I Sverige föds cirka 115 000 barn varje år (Statistiska centralbyrån [SCB], 2021).

Förlossningarna sker vanligtvis på sjukhus. Vård efter en förlossning kan organiseras inom olika vårdformer. Efter förlossningen tar barnmorskan ställning till vilken vårdnivå som barnet och modern behöver (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag [Löf], 2020). Nyblivna mödrar och barn kan, efter okomplicerad förlossning, vårdas antingen hemma med hembesök av barnmorska (BB hemma), gå hem och komma tillbaka till sjukhuset för återbesök eller få sjukhusvård på ett patienthotell, eller på BB-avdelning (barnbördsavdelning). På BB-avdelning och patienthotell arbetar såväl grundutbildade sjuksköterskor som barnmorskor i team med övriga yrkeskategorier, inom BB-hemma arbetar barnmorskor och undersköterskor i team. Under tiden efter förlossning kan personal och vård påverka mödrars känsla av trygghet och välbefinnande, faktorer som empatiskt bemötande och att vårdpersonal är lyhörd har lyfts som avgörande i tidigare forskning (Persson et al., 2011; Schmied et al., 2011). Känslan av trygghet efter förlossning är grundläggande för barnets utveckling och välmående (Svensk förening för obstetrik & gynekologi [SFOG], 2009) samt för modern, paret och föräldraskapet (Fredriksson et al., 2003; Persson et al., 2007). Socialstyrelsen (2017b) har påvisat att det finns brister och behov av förändringar i vården efter förlossning. Bland annat lyftes frågan kring sjunkande amningsfrekvens och rekommendationer om att stödja och främja amning. Forskning har också visat att kvinnor ofta får olika råd vad gäller amning från olika personal (Leeming et al., 2015; McFadden et al., 2017). I Sverige har amningsfrekvensen varierat över tid men både kvinnor och myndigheter har reagerat på en sjunkande amningsfrekvens (Kylberg et al., 2018). Mödrars känsla av trygghet, upplevt amningsstöd samt personalens bemötande första veckan efter förlossning blir därför i fokus för föreliggande studie, med en jämförelse av två olika vårdformer; patienthotell och BB-hemma.

Bakgrund

Enligt World Health Organization [WHO] (2013) definieras postpartumperioden som en timme efter placenta fötts fram och efterföljande sex veckor. Perioden beskrivs som en kritisk fas och är den mest försummade period för tillhandahållen kvalitetsvård (WHO, 2013). I

WHO:s rekommendationer beskrivs bland annat barnets och den nyblivna moderns behov. Information om amning, skötsel av barnet, fysiologiska förändringar och eventuella tecken på komplikationer kan vara nödvändigt att ge. Efter okomplicerad vaginalförlossning på en förlossningsklinik, rekommenderas minst 24 timmars postpartumvård innan utskrivning, rekommendationen gäller för friska kvinnor och nyfödda (WHO, 2017). För alla mödrar och nyfödda rekommenderas ytterligare tre kontakter under postpartumperioden, dag tre, mellan dag sju och 14 samt sex veckor efter förlossningen. Hembesök under första veckan efter förlossningen för vård av moder och barn bör enligt WHO (2017) initieras. Under postpartumperioden ska bland annat starka fysiologiska och emotionella upplevelser från förlossningen bearbetas och kvinnan ska återhämta sig. Det är ofta en omtumlande tid då tidigare förväntningar ska möta den nya verkligheten med barnet. Föräldraskapet ska ta form utifrån utveckling av samarbete i familjen och samspel med barnet (SFOG, 2016).

Psykologiska problem under postpartumperioden är inte ovanliga, stöd från kompetent vårdpersonal kan minska problemen (WHO, 2013; Haga et al., 2012). I studien av Haga et al. (2012) framkom att det är en stor omställning att föda barn och personliga egenskaper kunde påverka moderskapet. Mödrar som hade specifika förväntningar på förlossningen och högre kontrollbehov hade en ökad tendens att uppleva depressiva symtom. Faktorer som även påverkade den psykiska hälsan var fungerande amning och psykosocialt stöd. Tät kontakt med barnmorskor, såväl före som efter förlossningen, lyftes som en viktig aspekt av förebyggande arbete för moderns välbefinnande och psykiska mående (Haga et al., 2012).

Eftervård

De senaste 30 åren har stor förändring skett vad beträffar vårdtiderna efter såväl vaginalförlossning som vid kejsarsnitt, där vårdtiderna blivit allt kortare (Socialstyrelsen, 2017a). Vårdtiden efter vaginal förlossning var 6 dygn år 1973, år 2015 hade det sjunkit till knappt 2 dygn (Socialstyrelsen, 2017b). Högre krav ställs på kontinuitet i vårdkedjan, på patientsäkerhet samt på stöd och uppföljning som erbjuds nyblivna föräldrar, framför allt under de två första veckorna efter förlossning (Barimani & Vikström, 2015). Eftervården är olika organiserad beroende på var i landet kvinnor föder (Socialstyrelsen, 2017b; Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011). Nationella riktlinjer eller kunskapsstöd saknas vad beträffar hela vårdkedjan efter förlossning (Socialstyrelsen, 2017a). Trots att 80 procent av landsting och

regioner har riktlinjer eller vårdprogram för vården efter förlossning visar undersökningen stor variation, vilket leder till en ojämlik vård. I Socialstyrelsens kartläggning (2017b) lyftes behov av eftervård med patientcentrerat och familjeorienterat fokus. Alternativa vårdformer inom förlossningsvård behövs, för att möta familjers olika önskemål och behov efter förlossning (Fredriksson et al., 2003; Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011). Tidigare forskning visar större missnöje med eftervården jämfört med vården som ges under förlossningen både internationellt och nationellt (Homer et al., 2002; Hodnett et al., 2007; Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011).

Traditionell BB-vård i Sverige innebär att nyblivna mödrar och deras barn får eftervård på sjukhus och vårdas på BB-avdelning. Alternativ till traditionell BB-vård är patienthotell, där kvinnan efter okomplicerad förlossning, kan vistas ihop med övriga familjemedlemmar. Eftervård på patienthotell kan erbjudas efter komplikationsfri förlossning. Möjlighet för partner att stanna kvar även nattetid ges då familjen får eget rum. Oftast är bemanningen lägre än vid en traditionell BB-avdelning (Socialstyrelsen, 2017b). Att låta hela familjen bo tillsammans under vårdtiden är ett steg i de amningsfrämjande åtgärder som Socialstyrelsen (2014) tagit fram. För friska kvinnor och barn som inte behöver sjukhusvård erbjuds hemgång sex timmar efter förlossningen (Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011). De screeningsprogram som erbjuds nyfödda barn i form av PKU-test och bilirubinuppföljning för att identifiera gulsot, sker via en återbesöksmottagning som föräldrarna bokas in på. Ett annat alternativ som erbjuds inom vissa geografiska områden är BB-vård hemma. Det innebär att en barnmorska och eventuellt en undersköterska kommer på hembesök och observerar moderns, barnets och familjens omställning efter förlossning samt utför screening av det nyfödda barnet. Daglig kontakt via telefon erbjuds då behovet av hembesök efterfrågas. Vanligtvis görs två hembesök men ytterligare kan erbjudas vid behov (Region Skåne, 2018). Vid hembesök av barnmorska har forskning visat att föräldrarna upplevde att det fanns mer tid för samtal och information, stressen minskade också då de nyblivna mödrarna inte behövde ta sig till sjukhus för återbesök (Dahlberg et al., 2016).

Behov efter förlossning

Korta vårdtider i kombination med en ofta hög arbetsbelastning för personalen medför att det stöd, återhämtning och den information som de nyblivna föräldrarna behöver ofta blir eftersatt

(Socialstyrelsen 2017b). Flera kvinnor uttrycker eftervården som bristfällig och upplever en känsla av att bli bortglömda efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2019). Kvinnorna i Socialstyrelsens studie uttryckte att tiden inom eftervården var för kort, de önskade mer möjlighet till återhämtning, mer närvaro samt stöd och hjälp från personalen. Dessa resultat stärks också av Slomian et al. (2021) som i sin studie om behov efter förlossning, visade att tiden efter förlossning är förknippad med nya behov för den nyblivna modern. Behovet av psykologiskt stöd var större efter förlossning än under graviditet, känslor av ensamhet och depressiva symtom förekom oftare efter förlossning än under graviditet. Personal i eftervården kan upplevas stressad (Persson et al., 2011; Schmied et al., 2011; Socialstyrelsen, 2019), och ofta ges det olika information beroende på personal (Blixt et al, 2019; Bäckström et al, 2010; Leeming et al., 2015; Persson et al., 2011; Schmied et al., 2011; Socialstyrelsen, 2019).

Amningsstöd

WHO rekommenderar att amning initieras inom första timmen efter förlossning och att barnet helammas i sex månader, därefter rekommenderas fortsatt amning upp till två år eller längre (WHO, 2018). Trots att rekommendationen kan anses välkänd, ammas endast 44 procent av alla nyfödda barn under första timmen efter förlossning, och endast 42 procent av världens barn helammas under de första månaderna (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2018). I Skåne helammas 58,9 procent av nyfödda barn två månader efter förlossning (Socialstyrelsen, 2021). Antalet barn, som vid en veckas ålder helammas, har minskat i Sverige under de senaste 20 åren. Amningsfrekvensen låg omkring 93 procent i slutet av 90-talet men år 2018 hade motsvarande siffra sjunkit till 74 procent (Socialstyrelsen, 2021). Barn som ammade delvis har ökat under samma period, från fem till 21 procent (Socialstyrelsen, 2021). Socialstyrelsen (2014) belyser vikten av information till alla blivande föräldrar om amningens fördelar samt hur amning initieras och upprätthålls.

Många kvinnor slutar amma tidigare än de önskat på grund av brist på stöd och hjälp (Kronborg & Vaeth, 2004). Flertalet kvinnor upplever amningen svårare än de trott och amningsavslut sker oftast under de första fem veckorna efter förlossning (Kronborg & Vaeth, 2004). Fungerande amning kopplas till en känsla av duglighet som moder och när amningen inte fungerar uppstår känslor av otillräcklighet i föräldrarollen (Palmér, 2010). I

Socialstyrelsens kartläggning (2017b) framkom att drygt hälften av landsting och regioner i Sverige beskriver ett behov av förändringar när det gäller att stödja och främja amning. Ett problem som tydliggörs är att eftervårdsavdelningar i allt större utsträckning bemannas av sjuksköterskor som inte har den amningsutbildning som barnmorskor har. Amningsstöd från utbildad vårdpersonal kan öka såväl amningsfrekvens som varaktighet av amning (McFadden et al., 2017). Olika amningsråd från vårdpersonal de första dagarna efter förlossning kan medföra svårigheter att ta in och sortera olika råd, och förstå vad som är rätt och fel (Leeming et al., 2015). I en annan studie (Swerts et al., 2019) framkommer det att en del nyblivna mödrar anser att det är viktigare att få goda råd och praktiska tips om amning jämfört med att ha en bra relation till personalen. Faktorer som hur, var, när och vem som ger amningsstödet samt om stödet är individanpassat är kopplat till hur effektivt stödet är. Personalens kunskap, attityd, empati och närvaro är faktorer som påverkar modern och förutsättningar till lyckad amning (McFadden et al., 2017; Zhang et al., 2018).

Känsla av trygghet

Känsla av trygghet efter förlossning är sammansatt av flera faktorer och ett instrument har designats för att kunna mäta känslan av trygghet (Persson et al., 2007). I en studie av Entsieh och Hallström (2016) beskrivs att majoriteten av föräldrar känner sig dåligt förberedda inför föräldraskapet och betonar att mer kunskap kring tiden efter förlossning behövs. Att öka kunskap hos föräldrar kan vara ett led i att minska risken av låg självkänsla och i en del fall även depression (Entsieh & Hallström, 2016). Det som visats öka känslan av trygghet hos kvinnor efter förlossning är "empowering" bemötande, känsla av allmänt välbefinnande, känsla av samhörighet inom familjen och en känsla av att amning var hanterbar (Persson et al., 2007). Barnmorskans stöd den första tiden är en av de faktorer efter förlossning som visat sig vara avgörande för hur den nyblivna modern hanterar sin nya föräldraroll och tro på sig själv (Dahlberg et al., 2016). Persson och Dykes (2009) beskriver att barnmorskan kan öka nyblivna mödrars känsla av trygghet genom "empowering". Hermansson och Mårtensson (2011) analyserar begreppet "empowerment" i barnmorskekontext och påvisar förståelse för begreppet samt användning av teorin i klinisk praktik. I teorin lyfts bland annat faktorer som en förtroendefull relation, medvetenhetsprocess hos föräldrarna och utveckling av self-efficacy. Hermansson och Mårtensson (2011) beskriver att barnmorskan i sin roll kan möjliggöra föräldrarnas engagemang och motivera dem att kunna göra medvetna val. Stöd och närvaro av partner spelar även en betydande roll för upplevd trygghet (Persson & Dykes,

2009). Flera kvinnor uttrycker oro över att deras partner inte ska få stanna under vårdtiden på sjukhus (Socialstyrelsen, 2019), vilket stärks av tidigare forskning (Thorstensson et al., 2016). Att partnern får stanna över natten beskrivs som viktigt för nyblivna mödrar (Persson et al., 2011; Thorstensson et al., 2016).

Övervägande fokus ligger på förlossning och graviditet och mer fokus behöver därför läggas på tiden efter förlossning. För att kunna utveckla eftervården efter kvinnors behov där känsla av trygghet och amningsstöd identifierats som viktigaste faktorerna behövs fler studier. Genom jämförelse av olika vårdmodeller kan eventuella upplevda skillnader identifieras och påvisa vad som ska prioriteras.

Syfte

Syftet var att jämföra mödrars känsla av trygghet, upplevt amningsstöd och vårdpersonalens bemötande, första veckan efter förlossning när familjen vårdats på patienthotell respektive BB-hemma.

Specifika frågeställningar

Skiljer sig nivån av känsla av trygghet, upplevt amningsstöd, samstämmighet i amningsråd, upplevt bemötande av vårdpersonal samt partners delaktighet mellan mödrar som fått eftervård på patienthotell respektive BB-hemma?

Metod

En kvantitativ studie med tvärsnittsdesign utfördes. Data insamlades via frågeformulär som skickades via e-mail till mödrar som fått vård inom BB hemma respektive patienthotellet.

Urval

Ett konsekutivt urval tillämpades och rekryteringen pågick från juni 2022 till och med oktober 2022. För att göra ett studiespecifikt stickprov till denna studie användes en webbenkät. Databasinsamlingen inhämtades från nyblivna mödrar som vårdats på patienthotell respektive BB-hemma i södra Sverige. Målsättningen för antal respondenter var 150 från vardera verksamhet. Antalet baserades på vad som kan anses lämpligt för studier på magisternivå. Kriterier för att vårdas på patienthotell respektive BB-hemma är frisk moder med friskt barn som genomgått en komplikationsfri förlossning i fullgången tid.

Instrument

Ett frågeformulär (Bilaga 1) utformades innehållande bakgrundsfrågor, studiespecifika frågor samt mätinstrumentet Parents Postnatal Sense of Security (PPSS) (Persson et al., 2007). En öppen fråga gav möjlighet för tillägg alternativt förtydligande i fritext. Bakgrundsfrågor som ställdes var; ålder, utbildningsnivå, svenska som modersmål, paritet, partner, partners närvaro vid förlossning, boendesituation, antal hela veckor sedan förlossning, samt delaktighet i val av eftervård. Frågor om amning, upplevt bemötande samt i vilken grad vårdpersonalen gjorde partnern delaktig, användes för att svara på syftet. Filter användes i frågeformuläret avseende amning och partner. Vid svar "ej påbörjat amning/har ej ammat" på fråga 14 filtrerades fråga 18, 38 och 39 bort. Vid svar "nej" på fråga 5 filtrerades fråga 6, 12, 33, 34, 35 och 36 bort (se bilaga 1). En pilotstudie gjordes där sex testpersoner fick svara på enkäten. Samtliga svar inhämtades och diskuterades, därefter korrigerades ordningsföljd på en del svarsalternativ.

PPSS instrumentet används för att mäta föräldrars upplevda känsla av trygghet under den första veckan efter förlossning (Persson et al., 2007). Instrumentet är validerat och har visat hög reliabilitet (Kvist & Persson, 2009). Det är det enda instrumentet som mäter känslan av trygghet efter förlossning som inkluderar båda föräldrarna (Persson et al., 2007). Versionen som användes är riktad till mödrar och innehåller 18 frågor som besvaras på en 4-gradig Likert skala. Instrumentet är kopplat till första veckan efter förlossning och inkluderar frågor om personalens bemötande, uppmärksamhet, information och råd som ges, fysisk och psykisk hälsa, känslor av delaktighet, känslor av samhörighet inom familjen, tillgång till vårdgivare, erfarenhet av amning och känslor av trygghet. Frågorna är i påståendeform där modern tillfrågas i vilken grad hon håller med: helt, ganska mycket, i liten grad eller inte alls.

Totalpoäng på skalan på varierar från 18 till 72 poäng (Persson et al., 2007), högre poäng visar på högre känsla av trygghet.

Datainsamling

Ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) inhämtades.

Informationsbrev skickades till verksamhetschef för kvinnosjukvården, enhetschefer vid patienthotell samt BB-hemma där samtycke inhämtades från verksamhetschef.

Informationsbrev skickades också till mellanhand. Mellanhand, som i fallet var sekreterare på vardera enhet, skickade ut informationsbrev samt länk till enkät via 1177. Samtliga mödrar som vårdats inom respektive eftervårdsform och som gett tillåtelse för kontakt via e-mail erhöll länken. Det webbaserade verktyget Sunet Survey användes för datainsamling. Svar på enkäten likställdes med samtycke. Deltagarna fick själva bestämma när de ville fylla i enkäten. Två påminnelsemail skickades ut. Inga personuppgifter inhämtades och konfidentialitet säkerställdes för deltagarna i studien, därav skickades påminnelsemail till samtliga oavsett om de svarat tidigare eller ej.

Analys av data

Statistikprogrammet SPSS, version 28, användes för att bearbeta och analysera insamlad data. Svartalternativen gällande paritet och ålder grupperades och ändrades från kvotskala till ordinalskala. De bakgrundsfrågor och utfallsfrågor som hade fler än två svartalternativ dikotomiserades enligt beskrivning (se bilaga 2). Svartalternativ "delvis, inget behov av amningsstöd, ej aktuellt, vet inte, minns ej och önskade inget stöd" inkluderades inte i analysen.

I PPSS instrumentet är svartalternativen poängsatta från ett till fyra poäng, där svaret "inte alls" räknades om till ett poäng, "till viss del" till två poäng, "ganska mycket" till tre poäng och "i högsta grad" till fyra poäng. Fyra av frågorna (PPSS 7, 8, 9 och 11) inverterades då de är ställda utifrån ett negativt perspektiv. För att mäta känslan av trygghet analyserades summan av PPSS index (18 - 72 poäng). PPSS index presenteras deskriptivt för respektive grupp i form av medelvärde och standardavvikelse. Gruppjämförelse genomfördes genom variansanalys (ANOVA) och presenterades med medelvärdesskillnad (95% CI). Confounding effekt av variablerna ålder samt paritet undersöktes genom att variablerna inkluderas i

modellen, men då ingen påverkan på utfallsmåttet skedde inkluderades de inte i slutliga analysen. Jämförande analys av kategoriskt utfall avseende upplevt amningsstöd, samstämmighet i amningsråd, upplevt bemötande av vårdpersonal samt partnerns delaktighet gjordes med hjälp av chitvå-test. Även här presenterades data deskriptivt för varje grupp. Demografiska variabler presenteras genom deskriptiv statistik.

Forskningsetiska avvägningar

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från ansvariga chefer för såväl verksamhet som avdelningar vid det berörda sjukhuset. Rådgivande yttrande inhämtades från Vårdvetenskapliga etiknämnden vid Lunds universitet (VEN 31 - 22). Informerat samtycke inhämtades då respondenterna valde att besvara enkäten. Information gavs om frivilligt deltagande. Information om studiens syfte samt utformning gavs skriftligen till deltagarna. Kontaktuppgifter lämnades för möjlighet att kontakta ansvariga för studien. Anonymitet och konfidentialitet säkerställdes för deltagarna i studien, vilket är i linje med forskningsetik (Carlsson & Georgsson, 2021). Enkäten besvarades anonymt via länk från 1177 till Sunet Survey. Författarna har inte haft tillgång till deltagarnas personuppgifter. De fyra etiska principerna, godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvis principen samt autonomiprincipen (Helsingforsdeklarationen, 2018) beaktades i studien. Principen om autonomi uppfylldes genom mödrarnas frivilliga val att delta i studien. Godhetsprincipen beaktades genom att forskningsfrågan ansågs meningsfull och förhoppning om att resultatet kan leda till förbättring för nyblivna mödrar.

Resultat

Antal inskickade svar uppgick till 369, fem av respondenterna uppgav ej vilken eftervårdsform de haft efter förlossning och därför exkluderades dessa. Data baseras på totalt 364 svar varav 163 (44,8%) mödrar som fått vård inom BB hemma och 201 (55,2%) som fått vård inom patienthotellet. Medelåldern var 32 år inom båda grupperna, med ett spann mellan 20 år och 46 år. Pariteten varierade mellan ett och sju barn, där majoriteten var förstföderskor inom båda grupperna. Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan grupperna avseende bakgrundsvariabler, med undantag av att fler mödrar inom BB hemma uppgav annat språk än svenska som modersmål (se tabell 1).

Majoriteten av mödrarna kände sig delaktiga i valet av eftervård (90,4%), ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan grupperna. Totalt kände sig 71 mödrar delvis delaktiga i valet av eftervård.

Tabell 1. Bakgrundsvariabler med jämförelse mellan vård inom BB hemma och inom patienthotell

	Svarsalternativ	Total antal n= 364 (%)	BB hemma n= 163 (%)	Patienthotellet n=201 (%)	Signifikans (p= <0,05)
Ålder n=352 (96,7)	18 - 29	102 (29,0)	38 (24,7)	64 (32,3)	0.442
	30 - 39	228 (64,8)	104 (67,5)	124 (62,6)	
	>40	22 (6,3)	12 (7,8)	10 (5,0)	
Medelvärde			32,3	31,8	
Utbildningsnivå n= 363 (98,4)	Lägre utbildningsnivå	88 (24,2)	35 (21,5)	53 (26,5)	0.266
	Högre utbildningsnivå	275 (75,8)	128 (78,5)	147 (73,5)	
Svenska som modersmål n= 360 (98,4)	Ja	266 (73,9)	107 (66,5)	159 (79,9)	0.004
	Nej	94 (26,1)	54 (33,5)	40 (20,1)	
Paritet n=364 (98,6)	Förstföderskor	174 (48,2)	69 (42,9)	105 (52,5)	0.068
	Omföderskor	187 (51,8)	92 (57,1)	95 (47,5)	
Partner n=362 (98,1)	Ja	357 (98,6)	160 (98,8)	197 (98,5)	0.835
	Nej	5 (1,4)	2 (1,2)	3 (1,5)	
Partner närvarande under förlossning n=355 (97,5)	Ja	351 (98,6)	155 (97,5)	195 (99,5)	0.111
	Nej	5 (1,4)	4 (2,5)	1 (0,5)	
Boendesituation n=361 (97,8)	Bor med partner och barn	350 (97,0)	155 (96,3)	195 (97,5)	0.500
	Annat	11 (3,0)	6 (3,7)	5 (2,5)	

Känsla av trygghet

Mödrar inom BB hemma uppgav signifikant högre känsla av trygghet första veckan efter förlossning (p=0.005). Mödrarnas högre känsla av trygghet kvarstod och påverkades varken av ålder eller om modern var förstföderska respektive omföderska, när jämförelse gjordes mellan grupperna (se tabell 2).

Upplevt bemötande

Ingen signifikant skillnad kunde påvisas i mödrarnas upplevelse av bemötande från vårdpersonal inom BB hemma jämfört med patienthotellet. Majoriteten inom båda grupperna upplevde ett bra bemötande från vårdpersonal första veckan efter förlossning (se tabell 2).

Partner

Majoriteten av mödrarna i båda grupperna uppgav att de hade en partner och att denne varit närvarande under förlossningen. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna kunde påvisas beträffande upplevelsen av vilken grad vårdpersonalen gjorde partnern delaktig, de flesta uppgav högre grad inom såväl BB hemma som patienthotellet. Cirka en tredjedel från vardera grupp upplevde att personalen i lägre grad gjorde partnern delaktig.

Tabell 2. Känsla av trygghet, upplevt amningsstöd, samstämmighet i amningsråd, upplevt bemötande, partners delaktighet uppdelat mellan vårdformer

	Svarsalternativ	Totalt antal n=364 (%)	BB hemma n=163 (%)	Patienthotellet n=201 (%)	Signifikans p= <0,05
PPSS index Medelvärde SD	18-72 poäng	339 (93) 60,2 7,9	152 (44,8) 61,6	187 (55,2) 59,2	0,005*
Hur upplevde du amningsstödet i eftervården?	Bra Dåligt	279 (92,4) 23 (7,6)	135 (96,4) 5 (3,6)	144 (88,9) 18 (11,1)	0,014**
Upplevde du amningsråden i eftervården som samstämmiga?	Ja Nej	252 (80,5) 61 (19,5)	119 (79,3) 31 (20,7)	133 (81,6) 30 (18,4)	(0,614)**
Hur upplevde du bemötande av vårdpersonalen i eftervården?	Bra Dåligt	346 (95,1) 18 (4,9)	156 (95,7) 7 (4,3)	190 (94,5) 11 (5,5)	(0,606)**
I vilken grad upplevde du att personalen i eftervården gjorde din partner delaktig?	I högre grad I lägre grad	231 (67,5) 111 (32,5)	107 (70,4) 45 (29,6)	124 (65,3) 66 (34,7)	(0,314)**

*ANOVA

**Chitvå-test

Amning

Andelen mödrar inom BB hemma som upplevde att amningsstödet var bra, var signifikant högre jämfört med mödrarna som fått vård inom patienthotellet ($p=0.014$). Majoriteten ansåg att amningsråden var samstämmiga, ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan grupperna (se tabell 2).

En högre andel av de nyfödda barnen som vårdats inom patienthotellet hade vårdats hud mot hud direkt efter förlossningen ($p=0,023$). Ingen signifikant skillnad angående resterande amningsvariabler kunde påvisas mellan grupperna. Majoriteten av mödrarna ammade inom 2 timmar efter förlossning. Majoriteten hade under graviditeten som målsättning att amma. Över 85% av alla mödrar upplevde ett bra stöd vid första amningstillfället (se tabell 3).

Tabell 3. Amningsvariabler uppdelat mellan olika vårdformer

	Svarsalternativ	Totalt antal n=364 (%)	BB hemma n=163 (%)	Patienthotellet n=201 (%)	Signifikans p= <0,05
Hade du under graviditeten som målsättning att:	Amma	285 (97,3)	135 (97,8)	150 (96,8)	0.581
	Ej amma	8 (2,7)	3 (2,2)	5 (3,2)	
När ammade du första gången?	Inom 2 timmar efter förlossningen	253 (86,3)	118 (85,5)	135 (87,1)	0.692
	Ej inom 2 timmar efter förlossningen	40 (13,7)	20 (14,5)	20 (14,5)	
Låg barnet oavbrutet hud mot hud direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat?	Ja	294 (83,3)	122 (78,2)	172 (87,3)	0.023
	Nej	59 (16,7)	34 (21,8)	25 (12,7)	
Kunde ditt barn hitta bröstet själv och börja suga inom de 2 första timmarna efter förlossningen?	Ja	194 (55)	82 (52,6)	112 (56,9)	0.421
	Nej	159 (45)	74 (47,4)	85 (43,1)	
Fick du stöd av personalen vid den första amningen, i den utsträckning du önskade?	Ja	249 (88)	116 (89,9)	133 (86,4)	0.359
	Nej	34 (12)	13 (10,1)	21 (13,6)	
Hur upplevde du det första amningstillfället?	Positivt	324 (92)	148 (93,7)	176 (90,7)	0.309
	Negativt	28 (8)	10 (6,3)	18 (9,3)	

Diskussion

Metoddiskussion

En styrka med studien var genomförbarheten då studiens syfte besvarades och insikt gavs om att framtida studier skulle kunna genomföras på samma sätt. Ett tvärsnitt redovisades och stämde överens med studiens jämförande syfte. Tvärsnittsdesign används för att se hur en grupp ser ut vid ett visst specifikt nedslag i tiden samt i jämförande syfte (Billhult, 2017).

I föreliggande studie kunde ett litet internt bortfall ses vilket talar för att respondenterna varit motiverade att fylla i hela enkäten.

Studiedesignen inkluderade jämförbara grupper inom eftervården med mödrar som vårdats på patienthotellet respektive BB hemma, där kraven för vårdmodellerna var frisk moder, friskt barn och komplikationsfri förlossning. Ingen powerberäkning gjordes utan en målsättning med minst 150 respondenter från vardera vårdform sattes upp. Datainsamling via webbenkät var en styrka då större mängder data kunde samlas in och respondenterna kunde välja var och när enkäten besvarades. En svaghet var att det krävdes viss datorkunskap, vilket enligt Billhult (2017) skulle kunna leda till att en del respondenter exkluderades. En styrka med studien var oberoende datainsamling via enkätverktyget Sunet Survey. Förfarandet av datainsamling via länk och webbenkät möjliggjorde att data samlades in anonymt. En annan styrka var genomförandet av pilotstudien då frågeformulärets validitet ökar. Enligt Billhult (2017) bör en pilotstudie genomföras innan enkäten används, för att säkerställa att de egenkonstruerade frågorna går att besvara på ett rimligt sätt samt att möjliggöra korrigering av eventuella oklarheter. Även layouten testades innan utskick. Försök har gjorts till att säkra innehållsvaliditeten vid konstruktion av frågeformuläret, detta genom dialog med handledare och examiner som är väl insatta i ämnet. Två påminnelsemail skickades ut till samtliga, vilket också lyfts som en styrka. Enligt Billhult (2017) är det ett sätt att öka svarsfrekvensen och en hög svarsfrekvens är viktig för att ett resultat från en enkätundersökning ska bli tillförlitlig.

För att svara på en del av studiens syfte valdes PPSS, ett validerat och tidigare använt instrument med hög reliabilitet. PPSS instrumentet hade, när det utvecklades, Chronbach's alpha på 0.88 (Persson et al., 2007). Enligt Polit och Beck (2014) är beräkning av Chronbach's alpha det mest tillförlitliga tillvägagångssätt för att testa ett instruments reliabilitet. Normal variation för detta index är .00 till +1, ju högre faktor desto mer tillförlitligt instrument/bättre reliabilitet (Polit & Beck, 2014).

För analys mellan grupper valdes chitvå-test, avseende analys av andelar mellan grupper är chitvå-test användbart (Polit & Beck, 2017). ANOVA kan anses jämföra medelvärde mellan grupper och ger besked om eventuella skillnader är statistiskt signifikant (Polit & Beck, 2017). Valet av ANOVA baserades på att grupperna var stora, inga extrema outliers kunde observeras och ANOVA möjliggör hantering av potentiell confounding. Resultat kan

påverkas av störande faktorer, confounders, därför behövs kontroll för detta (Polit & Beck, 2017). Confounding effekt av variablerna ålder samt paritet undersöktes.

Enligt Polit och Beck (2017) kan svarsalternativ dikotomiseras för att underlätta analys, i föreliggande studie jämfördes dikotomiserade variabler mellan grupperna. Dikotomisering på frågan om delaktighet ledde till ett större internt bortfall (n=71) då svarsalternativet “delvis” inte togs med i analysen, vilket kan ha påverkat resultatet. Även svar som “inget behov av amningsstöd”, “ej aktuellt”, “vet inte”, “minns ej” och “önskade inget stöd” togs inte med i analysen, då författarna inte kunde avgöra vad som låg till grund för dessa svar. Fungerande amning kan ha varit fallet och därav uppgavs “inget behov”, “ej aktuellt” eller “önskade inget stöd”. Två filter avseende frågor om amning och partner användes i frågeformuläret vilket föranledde den största delen (n=16) av det totala interna bortfallet (n=25) på PPSS instrumentet. Vid svar “ej påbörjat amning/har ej ammat” på fråga 14 filtrerades fråga 18, 38 och 39 bort. Vid svar “nej” på fråga 5 filtrerades fråga 6, 12, 33, 34, 35 och 36 bort.

Forskningsetiska principer beaktades enligt plan, även anonymitet och konfidentialitet säkerställdes för deltagarna, vilket är en styrka. Förfrågan om deltagande samt information om studiens utformning och syfte skulle kunna ha lämnats ut innan enkäten skickades ut.

Studiespecifika egenkonstruerade frågor och tidigare använda frågor användes i enkäten, vilket kan lyftas som en svaghet då de inte är ett validerat verktyg och inte heller testat för reliabilitet. Då egenkonstruerade frågor kan anpassas specifikt för studien kan det ses som en styrka. Polit och Beck (2017) lyfter risken med egenkonstruerade frågor, forskarens förutfattade mening kan påverka frågorna och därmed svaren. Svarsalternativen utformades efter lämpliga skalor, för att möjliggöra mätning och sammanställning. Enligt Billhult (2017) är kännedom om olika skalor och dess lämplighet av värde. För egenkonstruerade frågor användes kvotskala, nominalskala samt ordinalskala. För att undvika feltolkningar och missförstånd är det av vikt att frågorna inte är längre än 20 ord (Shaughnessy et al., 2011), vilket fanns i åtanke då frågorna konstruerades.

En svaghet var att ingen analys av externt bortfall kunde göras med vald datainsamling. Uppgift saknades om hur många som godkänt kontakt via mail genom 1177. En annan svaghet var att frågan “Uppge antal hela veckor sedan din förlossning” inte var tillräckligt tydligt formulerad. Flertalet respondenter uppgav graviditetslängd vid förlossning istället för

antal hela veckor sedan förlossning. Frågan "Hur ger du ditt barn mat nu" exkluderades liksom ovanstående fråga, då det inte gick att analysera tidsangivelse.

Resultatdiskussion

De mödrar som vårdats inom BB hemma hade en signifikant högre känsla av trygghet under första veckan efter förlossningen jämfört med de mödrar som vårdats på patienthotellet, vilket är i linje med tidigare svensk forskning (Akseldottir et al., 2013). Medelvärde för PPSS index var i föreliggande studie 60,2 vilket är högt jämfört med tidigare svenska studier där PPSS använts (Persson et al., 2007) och medelvärdet skattats till 56,3. Urvalet i studien (Persson et al., 2007) skilde sig till viss del, då även mödrar som haft instrumentella förlossningar inkluderades, vilket skulle kunna vara påverka medelvärdet.

En faktor som skulle kunna påverka känslan av trygghet är barnmorskans tillgänglighet och möjlighet att individanpassa vård efter behov. Inom BB hemma har barnmorskan en patient åt gången, ger odelad uppmärksamhet och blir inte störd av telefoner, andra patienters behov och larm jämfört med personal på patienthotellet. Att vårdpersonal är tillgänglig har enligt tidigare forskning visat öka känslan av trygghet (Barimani & Vikström 2015; Gaboury et al., 2017; Persson et al., 2011; Rudman & Waldenström, 2007; Thorstensson et al., 2016), vilket stärks av forskning som lyfter att otillgänglig vårdpersonal kan ge känsla av osäkerhet (Beake et al., 2010; Gaboury et al., 2017; Thorstensson et al., 2016). Eftervård i hemmet kan ge bättre förutsättningar för kontinuitet, flexibilitet och för relationsskapandet då barnmorskan kan fokusera på ett föräldrapar åt gången. Tidigare forskning lyfter positiva effekter av just flexibilitet och kontinuitet genom vårdkedjan (Kashani et al., 2021; Newton et al., 2021) Genom att följa teorin empowerment i kliniskt arbete kan en förtroendefull relation skapas mellan barnmorskan och föräldrarna, där faktorerna respekt och integritet ligger som grund. Vid hembesök är barnmorskan gäst i föräldrarnas trygga miljö vilket skulle kunna påverka dynamiken i relationen och stärka föräldrarnas egna förmågor och resurser. En respektfull dynamik mellan barnmorskan, kvinnan och hennes partner möjliggör för medvetna val, där den personliga betydelsen av föräldraskap lättare kan framträda. Professionell kunskap och stödjande miljö lyfts som nödvändiga faktorer i processen att utvecklas som förälder (Hermansson & Mårtensson, 2011), barnmorskan kan på så vis genom ett empowering förhållningssätt främja den tillväxtprocess föräldraskapet innebär.

Fler mödrar inom BB hemma uppgav annat språk än svenska som modersmål. Det går inte att utesluta att skillnaden vad beträffar modersmål skulle kunna påverkat resultatet. I tidigare forskning (Fabian et al., 2006) har det framkommit att mödrar med annat modersmål än svenska uttrycker större oro under tiden efter förlossning. Det skulle kunna ses som en ytterligare fördel med föreliggande studies resultat där mödrar, även de med annat modersmål än svenska inom BB hemma, upplevde en högre känsla av trygghet.

I resultatet framkom att majoriteten av mödrarna kände trygghet under första veckan efter förlossningen. På patienthotellet vårdas familjen i enkelrum, möjligheten till avskildhet ges således inom båda eftervårdsformer, i tidigare studier har det framkommit att det ger möjlighet för vila och återhämtning (Gaboury et al., 2017). Båda eftervårdsformerna möjliggör för partners oobrutna närvaro vilket skulle kunna påverka mödrarnas känsla av trygghet, vilket är överensstämmande med tidigare forskning (Persson & Dykes, 2009; Persson et al., 2011; Thorstensson et al., 2016). Eftervård i hemmet har visat ökad möjlighet för ett mer familjecentrerat förhållningssätt då partnern involveras i större utsträckning (Jones et al., 2021). I föreliggande studie uppgav cirka en tredjedel av samtliga mödrar att deras partner i lägre grad gjordes delaktiga av personalen. Resultatet väcker fundering kring barnmorskans roll då vikten av partners delaktighet är välstuderad (Persson et al., 2011; Thorstensson et al., 2016). Barnmorskan bör involvera partnern mer genom att inte bara tillåta, utan aktivt uppmuntra partnern att dela ansvar och vara delaktig under tiden efter förlossning. Exempelvis kan partnern dela ansvaret i att uppmärksamma bebisens tidiga amningssignaler. Barnmorskan kan även informera partnern om vikten av partners inställning och stöd vid amning. Vidare forskning där partners upplevelse är i fokus skulle eventuellt ge ett annat resultat.

Andelen mödrar som upplevde att amningsstödet var bra var signifikant högre inom BB hemma jämfört med mödrarna som fått vård inom patienthotellet ($p=0.014$). I denna population hade kvinnorna som målsättning att amma och majoriteten av mödrarna hade ammat inom 2 timmar efter förlossning. Över 85% av alla mödrarna upplevde ett bra stöd vid första amningstillfället. Inom barnmorskans kompetensområde ingår amning och amningsutbildning ingår i barnmorskeprogrammet, till skillnad från sjuksköterskeprogrammet, vilket skulle kunna påverka hur mödrarna upplevde amningsstödet. Inom BB hemma arbetar endast barnmorskor i team med undersköterskor, på patienthotellet arbetar barnmorskor men även grundutbildade sjuksköterskor. I barnmorskans profession

ingår amningsrådgivning, arbetet grundas på den internationella etiska koden där hänsyn ska tas till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter när det gäller tillgång till hälsovård (International Confederation of Midwives, 2014). I samband med amningsrådgivning är det av största vikt att informationen som ges ska vara objektiv och entydig och anpassas efter det enskilda spädbarnets eller moderns behov (Zwedberg, 2021). Individanpassat amningsstöd och faktorer som hur, var, när och vem som ger stödet kopplas i tidigare forskning till hur effektivt stödet är, där även personalens kunskap och närvaro påverkar modern och ger förutsättning till lyckad amning (Blixt et al., 2019; McFadden et al., 2017; Zhang et al., 2018).

Majoriteten av mödrarna i föreliggande studie upplevde ett bra bemötande samt bra amningsstöd vilket skiljer sig från Socialstyrelsens kartläggning (2017b), där ett behov av förändring framkom när det gäller att stödja och främja amning. I resultatet framkom att de flesta upplevde samstämmiga amningsråd vilket är i motsats till tidigare forskning (Leeming et al., 2015) där olika amningsråd från personal kan medföra svårigheter för mödrarna. På såväl patienthotellet som inom BB hemma ges förutsättning för avskild miljö, individanpassat stöd samt partners stöd, vilket skulle kunna påverka att majoriteten av mödrarna upplevde ett bra amningsstöd. I barnkonvention (UNICEF Sverige, 2018) förordas att barnet ska ha det bästa, amning åtminstone i form av bröstmjölk, tycks vara det bästa för barnet (Zwedberg, 2021). Önskvärt hade varit att kunna studera korrelationen amningsstöd och amningsfrekvens, vilket formatet på studien inte tillät. Fortsatta studier skulle således kunna undersöka; Vilken betydelse har ett gott amningsstöd som påvisades inom BB hemma på amningsduration? Väljer fler kvinnor som inte har svenska som modersmål BB hemma? Vilka faktorer beskrivs som viktiga av mödrar för valet av eftervård? Hur kan barnmorskan ytterligare involvera partnern under postpartumtiden? Partnerns upplevelse av postpartumvård inom BB hemma respektive på patienthotellet.

Konklusion och implikationer

Studien visade en högre känsla av trygghet hos de mödrar som vårdats hemma, de upplevde också ett bra amningsstöd i större utsträckning än de mödrar som vårdats på sjukhus.

Det krävs kontinuerligt arbete med eftervård samt lyhördhet för nyförlösta kvinnors och deras familjers behov, vilket bör finnas i åtanke vid uppstart och utveckling av eftervårdsformer.

Referenser

- Askelsdottir, B., Lam-de Jonge, W., Edman, G., & Wiklund, I. (2013). Home care after early discharge: impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 29(8), 927–934.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.001>
- Barimani, M., & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811–817.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Beake, S., Rose, V., Bick, D., Weavers, A., & Wray, J. (2010). A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC pregnancy and childbirth*, 10, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-70>
- Billhult, A. (2017) Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 99 - 110). Studentlitteratur.
- Blixt, I., Johansson, M., Hildingsson, I., Papoutsis, Z., & Rubertsson, C. (2019). Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. *International breastfeeding journal*, 14, 51.
<https://doi.org/10.1186/s13006-019-0247-4>
- Bäckström, C. A., Wahn, E. I., & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International breastfeeding journal*, 5, 20.
<https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20>
- Carlsson, T., Georgsson, S (2021). Forskningsetik. I M Oscarsson & S Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor*. (s. 293-308). Studentlitteratur.
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Entsieh, A. A., & Hallström, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006>
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2006). Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 95(11), 1360–1369.
<https://doi.org/10.1080/08035250600664125>

- Fredriksson, G. E., Högberg, U., & Lundman, B. M. (2003). Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'. *Midwifery*, 19(4), 267–276. [https://doi.org/10.1016/s0266-6138\(03\)00030-5](https://doi.org/10.1016/s0266-6138(03)00030-5)
- Gaboury, J., Capaday, S., Somera, J., & Purden, M. (2017). Effect of the Postpartum Hospital Environment on the Attainment of Mothers' and Fathers' Goals. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 46(1), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.008>
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(3), 458–466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>
- Helsingforsdeklarationen (9 juli 2018). *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/>
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context--a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811–816. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- Hildingsson, I. M., & Sandin-Bojö, A. K. (2011). 'What is could indeed be better'--Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27(5), 737–744. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.007>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub2>
- Homer, C. S., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102–112. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0298>
- International Confederation of Midwives (2014). *Ethical Code for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD002958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958.pub2>

- Kashani, A., Ingberg, J. L., & Hildingsson, I. (2021). Caseload midwifery in a rural Australian setting: A qualitative descriptive study. *European journal of midwifery*, 5, 2. <https://doi.org/10.18332/ejm/131240>
- Kronborg, H., & Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian journal of public health*, 32(3), 210–216. <https://doi.org/10.1080/140349403100192183>, 146–153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28101116/>
- Kvist, L. J., & Persson, E. K. (2009). Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC pregnancy and childbirth*, 9, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-35>
- Kylberg, E., Westlund, A. M. & Zwedberg, S. (2018). *Amning idag*. (3 uppl.). Gothia
- Leeming, D., Williamson, I., Johnson, S., & Lyttle, S. (2015). Making use of expertise: a qualitative analysis of the experience of breastfeeding support for first-time mothers. *Maternal & child nutrition*, 11(4), 687–702. <https://doi.org/10.1111/mcn.12033>
- Löf. (2020). *Vård av mor och barn första veckan efter förlossning*. <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>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Newton, M., Dawson, K., Forster, D., & McLachlan, H. (2021). Midwives' views of caseload midwifery - comparing the caseload and non-caseload midwives' opinions. A cross-sectional survey of Australian midwives. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(1), e47–e56. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.006>
- Palmér, L. (2010) Stöd vid amning. I M, Berg & I, Lundgred (Red.), *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande* (s. 205 - 219). Studentlitteratur.
- Persson, E. K., Fridlund, B., & Dykes, A. K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(1), 118–125. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00442.x>

- Persson, E. K., & Dykes, A. K. (2009). Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery*, 25(4), 449–460. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.001>
- 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*, 67(1), 105–116. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x>
- Polit, D., & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing research* (8 uppl). Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D., & Beck, C (2017). Data collection in quantitative research. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Research*. (10. uppl). Wolters Kluwer.
- Region Skåne, Skånes universitetssjukhus (5 april 2018). *BB-hemma vård i hemmet efter förlossning* <https://vard.skane.se/skanes-universitetssjukhus-sus/undersokningar-och-behandlingar/bb-hemma/>
- Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC health services research*, 7, 178. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-178>
- SCB, (14 september 2021). *Födda i Sverige* <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/>
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(1), 49–60. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x>
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Jeanne, Z. (2011). *Research methods in psychology* (9 uppl., s 161-175). McGraw Hill.
- Slomian, J., Reginster, J. Y., Emons, P., & Bruyère, O. (2021). Identifying maternal needs following childbirth: comparison between pregnant women and recent mothers. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03858-7>
- Socialstyrelsen. (2014). *Tio steg som främjar amning*. (Artikelnummer 2014-10-27). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-27.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017a). *Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning, en översikt av befintliga kunskapsstöd och kartläggning av önskemål om och behov av nya kunskapsstöd* (Artikelnummer 2017-4-13). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13-kunskapsstod.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Vård efter förlossning, en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning* (Artikelnummer 2017-4-13).

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

Socialstyrelsen. (2019). *Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov. En enkätundersökning och fokusgruppssamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd*. (Artikelnummer 2019-11-6436)

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

Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om amning 2018* (Artikelnummer 2021-5-7393).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-5-7393.pdf>

Socialstyrelsen. (25 maj 2021). *Statistikdatabaser- amningstatistik - resultat*

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_amn/resultat.aspx

Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2009). Arbets- och referensgrupp för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi. (ARG rapport Nr 62). *Barnafödande och psykisk sjukdom*.

<https://www.sfog.se/natupplaga/nr6236bd81d5-ea78-49da-a6c3-0de985b88f5c.pdf>

Svensk förening för obstetrik & gynekologi. (2016). Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG, Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. (ARG rapport Nr 76). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web43658b6c2-849e-47ab-99fa-52e8ac993b7d.pdf>

Swerts, M., Westhof, E., Lemiengre, J., Bogaerts, A. (2019). The supporting role of the midwife during the first 14 days of breastfeeding: A descriptive qualitative study in maternity wards and primary healthcare. *Midwifery*, 78, 50–57.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.016>

Thorstensson, S., Andersson, A., Israelsson, S., Ekström, A., & Hertfelt Wahn, E. (2016). To build a bridge between two worlds: Mothers' experiences of professional support at the maternity ward. *Health care for women international*, 37(10), 1067–1081.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1094072>

UNICEF, WHO. (juli 2018). *Capture the moment- Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*. <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBF-report.pdf>

UNICEF Sverige. (2018). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>

World Health Organization. (1 januari 2013). *Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. The Departments of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health och Reproductive Health and Research of the World Health Organization.

World Health Organization. (2 maj 2017). *WHO recommendations on Newborn Health guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. The Departments of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health och Reproductive Health and Research of the World Health Organization.

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative*.

Zhang, Z., Zhu, Y., Zhang, L., & Wan, H. (2018). What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. *Midwifery*, 62, 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.006>

Zwedberg, S. (2021). Amningsrådgivning. I M. Oscarsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (s.161 - 178). Studentlitteratur.

Arbetsfördelning

Arbetet med föreliggande studie utfördes i nära samarbete mellan författarna. Samtliga analyser utfördes av båda författarna tillsammans. Samtliga delar i studien har skrivits av båda författarna tillsammans. Båda författarna tar lika stort ansvar för studien

Bilaga 1

Frågor till dig som fött barn och fått vård inom BB hemma eller på patienthotell

Följande frågor handlar om din livssituation

1. Vänligen ange din ålder
2. Vilken är din högsta utbildningsnivå?
 - Grundskola
 - Gymnasium
 - Högskola/ Universitet 1-3 år
 - Högskola/Universitet mer än 3 år
3. Är svenska ditt modersmål?
 - Ja
 - Nej
4. Hur många barn har du fött?.....
5. Har du en partner?
 - Ja
 - Nej
6. Var din partner närvarande vid din senaste förlossning?
 - Ja
 - Nej
7. Hur ser din boendesituation ut?
 - Bor själv med barn
 - Bor med partner och barn

Följande frågor rör din senaste förlossning:

8. Uppge antal hela veckor sedan din förlossning
9. Vilken eftervård fick du efter din förlossning?
 - BB-hemma
 - Patienthotell

10. Kände du dig delaktig i valet av eftervård?

- Ja
- Nej
- Delvis

11. Hur upplevde du bemötandet av vårdpersonalen i eftervården?

- Mycket dåligt
- Ganska dåligt
- Ganska bra
- Mycket bra

12. Upplevde du att personalen i eftervården gjorde din partner delaktig?

- Instämmer helt
- Instämmer till stor del
- Instämmer delvis
- Instämmer inte alls
- Vet inte

Följande frågor handlar om amning

13. Hade du under graviditeten som målsättning att:

- Enbart amma
- Pumpa ur bröstmjolk och flaskmata med
- Amma samt ge bröstmjolk på flaska
- Amma samt ge ersättning
- Enbart ge ersättning

14. När ammade du första gången?

- Direkt efter förlossningen (inom 2 timmar efter barnets födelse)
- Senare än 2 timmar efter förlossningen
- Ej påbörjat amning/ har ej ammat

15. Låg barnet oavbrutet hud mot hud med dig direkt efter förlossningen tills barnet sugit och /eller somnat?

- Ja
- Nej, barnet behövde vård
- Nej, jag behövde vård
- Nej, jag ville inte
- Nej, min partner fick ha barnet hud mot hud
- Nej, personalen behövde mäta och väga barnet
- Minns ej
- Annat

16. Kunde ditt barn hitta bröstet själv och börja suga inom de två första timmarna efter förlossningen?

- Ja
- Nej, barnet var inte intresserat
- Nej, jag hjälpte till att stoppa in bröstet i barnets mun
- Nej, personalen hjälpte till med sina händer och kopplade ihop bröstet med barnets mun
- Nej, barnet och jag separerades de 2 första timmarna
- Nej, annat

17. Fick du stöd av personalen vid den första amningen, i den utsträckning du önskade?

- Ja
- Nej
- Önskade inget stöd

18. Hur upplevde du det första amningstillfället?

- Mycket positivt
- Positivt
- Negativt
- Mycket negativt

19. Hur ger du ditt barn mat nu?

- Enbart amning
- Amning och urpumpad bröstmjolk
- Amning och bröstmjölksersättning
- Enbart bröstmjölksersättning

20. Hur upplevde du amningsstödet i eftervården?

- Mycket dåligt
- Ganska dåligt
- Ganska bra
- Mycket bra
- Inget behov av amningsstöd

21. Upplevde du amningsråden i eftervården som samstämmiga?

- Inte alls
- Till viss del
- Ganska mycket
- I högsta grad
- Ej aktuellt

Så här tycker jag att

påståendet stämmer

Inte alls

Till viss del

Ganska
mycket

I högsta
grad

22. Barnmorskan/personalen
på patienthotellet/BB hemma
hade en positiv och stödjande attityd

23. Jag fick tillräckligt med
praktiska råd av barnmorskan/
personalen på patienthotellet/
BB hemma

24. Jag fick tillräckligt med
information under den första
veckan efter förlossningen

25. Jag kände mig trygg under tiden
på patienthotellet/BB hemma

26. Jag fick uppmuntran av
barnmorskan/personalen på
patienthotellet/BB hemma

Så här tycker jag att
påståendet stämmer

Inte alls

Till viss del

Ganska
mycket

I högsta
grad

27. Jag kände att jag deltog i
beslutsfattandet
(hade medbestämmande) under
min tid på patienthotellet/BB hemma

28. Jag kände mig spänd/pressad
under den första veckan efter
förlossningen

29. Jag kände mig nedstämd under den
första veckan efter förlossningen.

30. Jag kände mig orolig under den
första veckan efter förlossningen.

31. Jag mätte fysiskt bra under den
första veckan efter förlossningen.

32. Jag var väldigt trött under den
första veckan efter förlossningen.

33. Min partner gav mig praktiskt stöd
efter hemkomsten från sjukhuset.

34. Jag fick känslomässigt stöd av min
partner under den första veckan
efter förlossningen.

35. Jag kände att min partner var
delaktig i allt rörande familjen
under första veckan, efter att vi
kom hem.

Så här tycker jag att
påståendet stämmer

Inte alls

Till viss del

Ganska
mycket

I högsta
grad

36. Jag upplevde samhörighet inom
familjen under den första veckan
efter förlossningen.

37. Jag/vi kunde få kontakt med
barnmorska/personal under hela
dygnet, om jag/vi behövde under
hela första veckan, även efter
hemkomsten från sjukhuset

38. Jag fick tillräckligt med
stöd med amning under den
första veckan efter förlossningen

39. Amningen ”fungerade” under
den första veckan efter förlossningen

40. Har du något du önskar tillägga eller förtydliga?

Bilaga 2

Dikotomisering av variabler

	Svarsalternativ	Dikotomisering
Delaktig i valet av eftervård	<i>Ja</i> <i>Nej</i>	<i>Ja</i> <i>Nej</i>
Utbildningsnivå	<i>Grundskola; Gymnasium</i> <i>Högskola/universitet 1-3 år;</i> <i>Högskola/universitet mer än 3 år</i>	<i>Lägre utbildningsnivå</i> <i>Högre utbildningsnivå</i>
Paritet	<i>1 barn</i> <i>2 - 7 barn</i>	<i>Förstföderskor</i> <i>Omföderskor</i>
Boendesituation	<i>Bor med partner och barn</i> <i>Annat; Bor själv med barn</i>	<i>Bor med partner och barn</i> <i>Annat</i>
Hur upplevde du amningsstödet i eftervården?	<i>Ganska bra; Mycket bra</i> <i>Ganska dåligt; Mycket dåligt</i>	<i>Bra</i> <i>Dåligt</i>
Upplevde du amningsråden i eftervården som samstämmiga?	<i>Ganska mycket; I högsta grad</i> <i>Inte alls; Till viss del</i>	<i>Ja</i> <i>Nej</i>
Hur upplevde du bemötande av vårdpersonalen i eftervården?	<i>Ganska bra; Mycket bra</i> <i>Ganska dåligt; Mycket dåligt</i>	<i>Bra</i> <i>Dåligt</i>
I vilken grad upplevde du att personalen i eftervården gjorde din partner delaktig?	<i>Helt/till stor del</i> <i>Inte alls; Delvis</i>	<i>I högre grad</i> <i>I lägre grad</i>
Hade du under graviditeten som målsättning att:	<i>Enbart amma; Amma samt tillmata med bröstmjolk; Amma samt tillmata med ersättning</i> <i>Pumpa ur och tillmata med bröstmjolk; Enbart ge ersättning</i>	<i>Amma</i> <i>Ej amma</i>
När ammade du första gången?	<i>Direkt efter förlossningen (inom 2 timmar efter barnets födelse)</i> <i>Ej påbörjat amning/har ej ammat; Senare än 2 timmar efter förlossningen</i>	<i>Inom 2 timmar efter förlossningen</i> <i>Ej inom 2 timmar efter förlossningen</i>
Låg barnet oavbrutet hud mot hud direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat?	<i>Ja</i> <i>Nej, barnet behövde vård; Nej, jag behövde vård; Nej, min partner fick ha barnet hud mot hud; Nej, personalen behövde mäta och väga barnet; Annat</i>	<i>Ja</i> <i>Nej</i>
Kunde ditt barn hitta bröstet själv och börja suga inom de 2 första	<i>Ja</i> <i>Nej, barnet var inte intresserat; Nej, jag hjälpte till att stoppa in bröstet i</i>	<i>Ja</i> <i>Nej</i>

timmarna efter förlossningen?	barnets mun; Nej, personalen hjälpte till med sina händer och kopplade ihop bröstet med barnets mun; Nej, barnet och jag separerades de 2 första timmarna; Nej, annat	
Fick du stöd av personalen vid den första amningen, i den utsträckning du önskade?	<i>Ja</i> Nej	<i>Ja</i> Nej
Hur upplevde du det första amningstillfället?	<i>Positivt; Mycket positivt</i> Negativt; Mycket negativt	<i>Positivt</i> Negativt