



# ATT KÄNNA SIG MAKTLÖS I EN FRÄMMANDE SITUATION

*En metaetnografi om närståendes upplevelser vid postpartumpsykos*

**JOHANNA MOSTRÖM**

**MARIA SALSJÖ**

*Huvudområde: Vårdvetenskap  
Nivå: Avancerad  
Högskolepoäng: 15  
Program: Specialistsjuksköterskeutbildning  
inom psykiatrisk vård  
Kursnamn: Examensarbete inom  
vårdvetenskap med inriktning mot  
omvårdnad  
Kurskod: VAE 096*

*Handledare: Lena Wiklund Gustin  
Examinator: Mats Holmberg*

*Seminariedatum: 2026-04-28  
Betygsdatum: 2026-05-27*

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Postpartumpsykos är ett ovanligt men allvarligt psykiatriskt tillstånd som påverkar både kvinnan och hennes närstående under en särskilt sårbar period i livet.

**Syfte:** Syftet var att skapa en fördjupad förståelse av närståendes upplevelser vid postpartumpsykos.

**Metod:** En kvalitativ litteraturöversikt med induktiv ansats genomfördes. Åtta kvalitativa studier inkluderades efter systematiska databassökningar i CINAHL, APA PsycINFO och PubMed. En metaetnografisk analys genomfördes i enlighet med Noblit och Hare.

**Resultat:** Analysen resulterade i huvudmetaforen *maktlöshet*. De övergripande metaforerna var: Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp; att exkluderas från vården och navigera i okunskap; att bära ett överväldigande ansvar; att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdsituationen samt att omforma relationer, identitet och mening.

**Slutsats:** Närstående till kvinnor med postpartumpsykos upplever en betydande emotionell belastning och otillräckligt stöd från vården. Ökad delaktighet, kontinuerlig information och riktade stödinsatser är viktiga för att främja välbefinnande och återhämtning.

**Nyckelord:** Närstående, postpartumpsykos, psykiatrisk omvårdnad, upplevelser

## ABSTRACT

**Background:** Postpartum psychosis is a rare but serious psychiatric condition that affects both the woman and her next of kin during a particularly vulnerable period of life.

**Aim:** The aim was to gain a deeper understanding of next of kin's experiences of postpartum psychosis.

**Method:** A qualitative literature review with an inductive approach was conducted. Eight qualitative studies were included following systematic database searches in CINAHL, APA PsycINFO, and PubMed. A meta-ethnographic analysis was conducted according to Noblit and Hare.

**Results:** The main metaphor identified in the analysis was *powerlessness*. Overarching metaphors were: Being drawn into an acute and incomprehensible illness; being excluded from care and navigating in a lack of knowledge; carrying a overwhelming responsibility; losing control and not feeling good enough and reshaping relationships, identity, and meaning.

**Conclusion:** The next of kin of women with postpartum psychosis experience a significant emotional burden and insufficient support from healthcare services. Increased involvement, continuous information and support interventions is important to promote well-being and recovery.

**Keywords:** Experiences, next of kin, postpartum psychosis, psychiatric nursing

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
2.1	<b>Definitioner och centrala begrepp</b> .....	<b>2</b>
2.2	<b>Postpartumpsykos</b> .....	<b>3</b>
2.2.1	<i>Förekomst, symtom och konsekvenser</i> .....	<i>4</i>
2.2.2	<i>Orsaker och riskfaktorer</i> .....	<i>4</i>
2.2.3	<i>Samsjuklighet och koppling till bipolär sjukdom</i> .....	<i>5</i>
2.2.4	<i>Behandling, prevention och prognos</i> .....	<i>5</i>
2.3	<b>Vården i Sverige</b> .....	<b>6</b>
2.3.1	<i>Psykisk ohälsa under graviditet och postpartum</i> .....	<i>6</i>
2.3.2	<i>Närståendes roll och vårdens ansvar</i> .....	<i>7</i>
2.4	<b>Tidigare forskning inom omvårdnad</b> .....	<b>7</b>
2.4.1	<i>Kvinnan som drabbats av postpartumpsykos</i> .....	<i>7</i>
2.4.2	<i>Närstående vid psykisk ohälsa</i> .....	<i>9</i>
2.5	<b>Teoretiskt perspektiv</b> .....	<b>10</b>
2.6	<b>Problemformulering</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>GENOMFÖRANDE</b> .....	<b>12</b>
4.1	<b>Design</b> .....	<b>12</b>
4.2	<b>Urval och datainsamling</b> .....	<b>14</b>
4.2.1	<i>Inklusions- och exklusionskriterier</i> .....	<i>14</i>
4.2.2	<i>Datainsamling</i> .....	<i>14</i>
4.2.3	<i>Kvalitetsgranskning</i> .....	<i>15</i>
4.3	<b>Bearbetning och analys av data</b> .....	<b>20</b>
4.4	<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>22</b>
5.1	<b>Huvudmetafor: Maktlöshet</b> .....	<b>22</b>

<b>5.2 Övergripande metaforer</b> .....	<b>23</b>
5.2.1 Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp.....	23
5.2.2 Att exkluderas från vården och navigera i okunskap .....	25
5.2.3 Att bära ett överväldigande ansvar.....	27
5.2.4 Att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdsituationen .....	29
5.2.5 Att omforma relationer, identitet och mening .....	29
<b>6 DISKUSSION</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1 Resultatdiskussion</b> .....	<b>32</b>
6.1.1 Att dras in i ett akut livsproblem .....	33
6.1.2 När broar inte byggs i vården .....	33
6.1.3 Avsaknad av partnerskap.....	35
6.1.4 Att inte uppleva sig som kapabel vid livsproblem .....	36
6.1.5 Att återta berättelsen.....	36
<b>6.2 Metoddiskussion</b> .....	<b>38</b>
6.2.1 Giltighet.....	38
6.2.2 Pålitlighet .....	40
6.2.3 Överförbarhet.....	40
<b>6.3 Etisk diskussion</b> .....	<b>41</b>
<b>7 SLUTSATSER</b> .....	<b>42</b>
<b>8 KLINISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>43</b>
<b>9 RESULTATET I ETT VIDARE SAMMANHANG</b> .....	<b>43</b>
<b>10 FÖRSLAG TILL FORTSATTA STUDIER</b> .....	<b>44</b>
<b>11 SAMARBETE MELLAN FÖRFATTARNA</b> .....	<b>44</b>
<b>12 ANSVARSFULLT ANVÄNDANDE AV GENERATIV AI</b> .....	<b>45</b>
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>46</b>

## **BILAGA A; GRANSKNINGSMALL ENLIGT SBU**

**BILAGA B; ANALYSPROCESSEN**

**BILAGA C; BESKRIVNING AV KONDENSERING**

# 1 INLEDNING

Barnafödande är en bidragande orsak till att kvinnor kan drabbas av psykisk ohälsa. Inom den psykiatriska vården möter sjuksköterskan dessa kvinnor samt deras närstående. Postpartumpsykos är ett ovanligt men allvarligt psykiatriskt tillstånd som drabbar kvinnan i en särskilt sårbar period i livet och kan komma att få konsekvenser för hela familjen. Tillståndet kan innebära psykisk påfrestning även för närstående, som ofta befinner sig i en situation präglad av osäkerhet, ansvar och oro.

Ämnet relaterar till vårdvetenskap med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad genom att vårdvetenskapen betonar en holistisk syn på vård, där både patienten och dennes närstående inkluderas. Vårdvetenskapen lyfter vikten av medkänsla, empati och relationsskapande i mötet med såväl patient som närstående. Eftersom postpartumpsykos påverkar kvinnans närstående är det av stor vikt att även synliggöra detta perspektiv. En central del inom psykiatrisk omvårdnad är att ge stöd, information och vägledning till närstående. Detta område är därmed av särskilt intresse för författarna att utforska vidare, med förhoppning om att bidra till fördjupad förståelse och förbättrad omvårdnad.

Utöver den kliniska relevansen, som blivande specialistsjuksköterskor inom psykiatri, grundar sig intresset för detta ämne även i professionella samt personliga erfarenheter från möten med kvinnor som drabbats av postpartumpsykos och deras närstående. Det har blivit tydligt att postpartumpsykos kan ha påverkan på hela familjen, och dessa erfarenheter har väckt en önskan att synliggöra och fördjupa närståendes perspektiv.

# 2 BAKGRUND

I bakgrunden kommer en genomgång av definitioner och centrala begrepp att presenteras för denna litteraturöversikt. Vidare presenteras tidigare forskning, där information om postpartumpsykos samt kvinnan och hennes närstående belyses. Val av teoretiskt perspektiv redovisas och bakgrunden avslutas slutligen med en problemformulering.

## 2.1 Definitioner och centrala begrepp

Nedan presenteras centrala definitioner och begrepp som används i denna litteraturöversikt. Dessa syftar till att tydliggöra innehållet och underlätta förståelsen för läsaren.

### Närstående

Socialstyrelsen (2023) definierar närstående som en person som står patienten nära och kan agera som praktisk hjälp till vården samt vara en källa till emotionellt stöd. Samtidigt kan begreppet närstående förstås på olika sätt i relation till postpartumpsykos. Tillståndet präglas ofta av akut psykisk ohälsa och psykiatrisk vård, vilket kan göra att närstående får en betydande roll i kontakt med vården och i stödet till den drabbade kvinnan. Att se närstående som enbart stödjande riskerar samtidigt att förenkla relationer som också kan vara komplexa eller konfliktfyllda. Detta kan få särskild betydelse då kvinnan befinner sig i en sårbar situation och kan ha svårt att uttrycka sina behov.

Författarna till denna litteraturöversikt definierar närstående i likhet med Socialstyrelsens (2023) definition, som en person med en betydande relation till patienten och som påverkas av eller är involverad i personens hälsa och välbefinnande, exempelvis familjemedlemmar, partners eller andra personer med en nära relation till den drabbade.

### Kvinna

Begreppet kvinna används, i denna litteraturöversikt, i enlighet med biologiskt kön i relation till postpartumpsykos (World Health Organization, 2022). Definitionen riskerar samtidigt att exkludera personer med annan könsidentitet, exempelvis transpersoner eller icke-binära personer, som genomgår graviditet. Författarna valde, trots detta, att utgå från biologiskt kön då den inkluderade forskningen om postpartumpsykos är genomförd utifrån kvinnor som genomgått graviditet och förlossning.

### Mother and baby unit

En ”mother and baby unit” (MBU) är en specialiserad psykiatrisk slutenvårdsavdelning för kvinnor med psykisk ohälsa under graviditet eller efter förlossning, där kvinnan vårdas tillsammans med sitt barn. Vården syftar till att behandla kvinnans psykiska tillstånd samtidigt som relationen mellan henne och barnet stärks. Närstående involveras i vården och erbjuds också stöd för sitt eget psykiska mående (Royal College of Psychiatrists, u.å.). Vårdformen finns tillgänglig i bland annat Storbritannien, Australien och Frankrike (Connellan m.fl., 2017).

I Sverige bedrivs en liknande vårdform i Stockholm sedan år 2023 på avdelning M86 inom Psykiatri Sydväst. Denna vårdform kallas familjesamvård och riktar sig till familjer med spädbarn där en förälder behöver psykiatrisk heldygnsvård under barnets första levnadsår. Syftet med familjesamvården är att främja psykisk hälsa, förebygga försämring och suicid samt stärka anknytningen mellan vårdnadshavare och spädbarn. Vården anpassas efter patientens och familjens individuella behov (Psykiatri Sydväst, 2024). Samtidigt är vårdformen endast tillgänglig i begränsad omfattning, vilket riskerar att skapa ojämlig tillgång till specialiserad vård beroende på geografisk plats och organisatoriska resurser. Familjesamvård bedrivs till synes i dagsläget endast på en avdelning i Sverige.

## **Återhämtning**

World Health Organization (2019) beskriver återhämtning vid psykisk ohälsa som en individuell och ofta långvarig process som inte enbart handlar om symtomfrihet, utan om att återfå hopp, delaktighet och ett meningsfullt liv trots eventuella kvarstående symtom. I Tidvattenmodellen beskrivs återhämtning som en process där personen återfår mening, kontroll och sammanhang. Fokus ligger på personens egen berättelse och levda erfarenhet, där psykisk ohälsa förstås som något som påverkar hela personens livssituation (Barker, 2003).

Samtidigt kan begreppet återhämtning upplevas olika beroende på person, livssituation och relation till sjukdomen. Vid postpartumpsykos omfattar kvinnans återhämtning inte enbart psykisk hälsa utan även fysisk återhämtning efter graviditet och förlossning. Närståendes återhämtning kan samtidigt handla om att hantera oro och ansvar i samband med sjukdomsperioden.

Det finns även en risk att återhämtning inom psykiatrisk vård främst kopplas till symtomreduktion och funktion, medan personliga och sociala aspekter av återhämtning ges mindre utrymme. Återhämtning behöver därför förstås som en komplex och individuell process snarare än ett tydligt slutmål eller en fullständig frånvaro av sjukdom. Definitionerna enligt World Health Organization (2019) och Barker (2003) används i denna litteraturoversikt och syftar till återhämtning hos både kvinnan som drabbats av postpartumpsykos och hennes närstående.

## **Stöd**

I Bäckström och Sahlberg (2024) beskrivs stöd som fundamentalt för återhämtning vid psykisk sjukdom. Det beskrivs också att stödet som hälso- och sjukvården erbjuder den närstående också får betydelse i stödet som denne ger till patienten. Samtidigt kan närstående, i samband med postpartumpsykos, få en central roll i kvinnans vård, vilket kan påverka relationen mellan den drabbade och den närstående.

Relationer och familjedynamik kan vara komplexa och ibland svåra för vårdpersonal att uppmärksamma, vilket innebär att involvering av närstående inte alltid behöver upplevas som stödjande för den drabbade kvinnan. Begreppet stöd behöver därför förstås som mer komplext snarare än enbart positivt. Författarna använder begreppet stöd i relation till både den drabbade kvinnan och till den närstående utifrån Bäckström och Sahlberg (2024).

## **2.2 Postpartumpsykos**

Bakgrunden som presenteras nedan baseras på både medicinsk och vårdvetenskaplig forskning. Detta då de medicinska studierna bidrar med kunskap om prevalens, orsaker och behandling, medan de vårdvetenskapliga studierna belyser kvinnors och närståendes upplevelser. Sammantaget bidrar båda dessa perspektiv till en bredare och djupare förståelse av postpartumpsykos och hur tillståndet påverkar både den drabbade kvinnan och hennes närstående.

### **2.2.1 Förekomst, symtom och konsekvenser**

Postpartumpsykos är ett ovanligt men allvarligt psykiatriskt tillstånd som uppstår efter förlossning. Globalt rapporteras incidensen till mellan cirka 0,89 och 2,6 per 1 000 födslar, med relativt samstämmiga uppskattningar mellan olika översiktsstudier (Friedman m.fl., 2023; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024; VanderKruik m.fl., 2017). Debuten av postpartumpsykos kännetecknas av ett snabbt insjuknande, där kvinnan kort efter förlossning kan utveckla psykotiska symtom såsom vanföreställningar, hallucinationer, humörsvängningar och desorganiserat beteende (Bergink m.fl., 2025; Friedman m.fl., 2023; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024).

Postpartumpsykos kan föregås av en prodromalfas, där tidiga symtom ofta är ospecifika, såsom irritabilitet, sömnsvårigheter och humörförändringar, vilket kan fördröja vårdsökande och därmed öka risken för allvarliga utfall (Friedman m.fl., 2023; Heron m.fl., 2008; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024). Detta visar att samtidigt som behovet av tidig upptäckt betonas i forskningen kan dessa symtom vara svåra att identifiera, eftersom de även är vanliga under den normala postpartumperioden.

Samtidigt visar också forskning att även om risken för att insjukna i postpartumpsykos är som högst under de första veckorna, kvarstår risken i månader efter förlossning (Bränn m.fl., 2026; Friedman m.fl., 2023; Lewis m.fl., 2016; Toor m.fl., 2024). Denna ökade risk för postpartumpsykos under de första veckorna efter förlossning understryker vikten av tidig upptäckt och intervention för att förebygga allvarliga komplikationer (Bergink m.fl., 2025; Friedman m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024).

Postpartumpsykos medför en ökad risk för infanticid, även om förekomsten är låg bland kvinnor som drabbas. I de fall där kvinnan har tankar på att skada barnet eller begår infanticid tycks detta vara kopplat till vanföreställningar och en förvrängd verklighetsuppfattning (Brockington, 2017; Friedman m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024). Även risken för suicid är förhöjd hos kvinnor under postpartumperioden, där suicid utgör en av de ledande orsakerna till maternell dödlighet i samband med psykisk ohälsa (Bergink m.fl., 2025; Chin m.fl., 2022; Friedman m.fl., 2023). Samtidigt behöver dessa risker nyanseras, då ett alltför starkt fokus på infanticid och suicid kan bidra till stigmatisering och förstärka stereotypiska föreställningar om kvinnor med postpartumpsykos.

Sammanfattningsvis riskeras tidiga symtom att inte uppmärksammas i tid av varken kvinnan, närstående eller av vårdpersonal, då dessa kan tolkas som normala symtom under postpartumperioden. Detta kan fördröja vårdsökande och även möjligheten till att få snabb vård, trots att behovet av vård är akut. Samtidigt framkommer att risken är förhöjd i månader efter förlossning, vilket betyder att postpartumpsykos inte enbart är ett akut tillstånd, utan ett tillstånd som kräver uppföljning inom vården.

### **2.2.2 Orsaker och riskfaktorer**

Postpartumpsykos är ett multifaktoriellt tillstånd där förlossningen tycks fungera som utlösande händelse. Insjuknandet kan ses som resultatet av ett samspel mellan biologiska,

psykologiska och miljömässiga faktorer. Forskning påvisar också att hormonella förändringar i postpartumperioden kan bidra till ökad sårbarhet (Friedman m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024), där förändringar i immunsystemet och inflammatoriska processer har föreslagits vara involverade i utvecklingen av postpartumpsykos (Bergink m.fl., 2025; Friedman m.fl., 2023; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024).

Forskning visar att sömnstörningar och störningar i dygnsrytmen har identifierats som riskfaktorer för postpartumpsykos, särskilt hos kvinnor med bipolär sjukdom (Bergink m.fl., 2025; Lewis m.fl., 2018; Perry m.fl., 2024; Toor m.fl., 2024). Därför är optimering av sömn efter förlossning av stor betydelse i förebyggande syfte för att minska risken, särskilt hos kvinnor med ökad sårbarhet för postpartumpsykos (Jairaj m.fl., 2023; Perry m.fl., 2024; Toor m.fl., 2024).

Forskning tyder också på att psykosociala faktorer, såsom stress, tidigare traumatiska livserfarenheter och bristande socialt stöd skulle kunna bidra till ökad sårbarhet (Hazelgrove m.fl., 2021; VanderKruik m.fl., 2024), samtidigt som andra studier påvisar att det inte finns ett klart samband mellan stress och uppkomsten av postpartumpsykos (Bergink m.fl., 2025; Friedman; m.fl., 2023). Ingen enskild faktor tycks därmed ensam kunna förklara varför vissa kvinnor insjuknar. Även om biologiska och psykosociala riskfaktorer har identifierats, varierar resultaten mellan studier, vilket tyder på att postpartumpsykos är ett komplext tillstånd som sannolikt utvecklas genom ett samspel mellan flera olika faktorer.

### **2.2.3 Samsjuklighet och koppling till bipolär sjukdom**

Postpartumpsykos är starkt kopplat till affektiva sjukdomar, särskilt bipolär sjukdom. Forskning visar att kvinnor med tidigare bipolär sjukdom löper en högre risk att utveckla postpartumpsykos. (Bergink m.fl., 2012; Bergink m.fl., 2025; Friedman m.fl., 2023; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024). Mycket talar för att postpartumpsykos i många fall utgör en manifestation av bipolär sjukdom efter förlossning (Jairaj m.fl., 2023; Sit m.fl., 2006).

Risken att drabbas av postpartumpsykos ökar ytterligare vid familjär anamnes, vilket tyder på genetisk sårbarhet (Jones & Craddock, 2001; Perry m.fl., 2021; Toor m.fl., 2024). Samtidigt visar forskning att en betydande andel kvinnor som insjuknar i postpartumpsykos saknar tidigare psykiatrisk diagnos, vilket indikerar att tillståndet inte enbart kan förutsägas utifrån känd psykiatrisk sjukdom (Friedman m.fl., 2023; Langan Martin m.fl., 2016; Valdimarsdóttir m.fl., 2009). Detta påvisar att postpartumpsykos är ett svåröversäglbart tillstånd som inte enbart kan förklaras av bipolär sjukdom eller annan känd psykiatrisk problematik, vilket riskerar att försvåra tidig identifiering av kvinnor i riskzonen.

### **2.2.4 Behandling, prevention och prognos**

Behandlingen av postpartumpsykos är individuell och utgår utifrån symtombild, sjukdomshistoria och eventuella underliggande psykiatriska diagnoser (Sit m.fl., 2006; Toor m.fl., 2024). Dock framkommer i forskning att akut behandling med antipsykotiska läkemedel, litium eller andra stämningsstabiliserande läkemedel är av stor vikt, där

elektrokonvulsiv behandling (ECT) också kan bli aktuell (Bergink m.fl., 2025; Doucet m.fl., 2011; Friedman m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024). Det är också av stor betydelse att identifiera riskfaktorer för postpartumpsykos hos gravida kvinnor, såsom tidigare bipolär sjukdom eller postpartumpsykos, där kvinnor med riskfaktorer bör erbjudas individuell planering inför förlossning (Bergink m.fl., 2025; Sit m.fl., 2006).

Sjukdomsförloppet runt postpartumpsykos ter sig variera, där sårbarheten är begränsad till postpartumperioden för majoriteten kvinnor, medan en lägre andel utvecklar återkommande episoder utanför denna period. Tillståndet har generellt en god prognos vid behandling, med hög sannolikhet för återhämtning efter den akuta fasen, samtidigt finns viss risk för återfall (Jairaj m.fl., 2023; Rommel m.fl., 2021). Forskning visar också att kontinuerlig uppföljning och stödinsatser med involvering av närstående också är betydelsefulla i behandlingen av kvinnor som drabbats (Bergink m.fl., 2025; Friedman m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024).

Postpartumpsykos beskrivs därmed som ett komplext tillstånd där flera faktorer kan samverka till insjuknandet. Samtidigt som förebyggande insatser ofta riktas mot kvinnor med kända riskfaktorer visar forskning att även kvinnor utan tidigare psykiatrisk problematik kan insjukna, vilket kan försvåra preventiva insatser och tidig identifiering. Även om prognosen generellt är god vid rätt behandling finns samtidigt en risk för återfall, vilket visar att behovet av uppföljning kan kvarstå även efter den akuta fasen.

## **2.3 Vården i Sverige**

Nedan presenteras kort information kring hur gravida och nyförlösta vårdas i Sverige enligt riktlinjer samt vid psykisk ohälsa. Även närståendes betydelse i vården samt vårdens ansvar gentemot närstående beskrivs.

### **2.3.1 Psykisk ohälsa under graviditet och postpartum**

I Sverige erbjuds alla gravida kostnadsfri mödrahälsovård via barnmorskemottagningar där graviditeten följs. Barnmorskan arbetar utifrån ett basprogram för friska förstföderskor och omföderskor, som anpassas efter individuella behov. Barnmorskan har en central roll i att ansvara för vård vid normal graviditet och eftervård samt i att identifiera avvikelser (Mödrahälsovårdsenheten, Region Stockholm, 2026).

Barnmorskan inom mödrahälsovården har också ett ansvar att tillfråga den gravida om psykisk anamnes med fokus på att identifiera nuvarande psykisk ohälsa, pågående behandling och potentiell sårbarhet. Ansvaret innebär även att möta den gravidas och familjens behov samt att stötta familjen i det blivande föräldraskapet (Mödrahälsovårdsenheten, Region Stockholm, 2026).

Efter förlossningen har barnmorskan inom mödrahälsovården ett ansvar att hänvisa den nyförlösta till rätt vårdnivå vid komplikationer. Vid postpartumpsykos ska exempelvis akut kontakt tas med vuxenpsykiatrin, samt överrapporteras till barnavårdscentral (Mödrahälsovårdsenheten, Region Stockholm, 2024). Kvinnor som drabbats av

postpartumpsykos rekommenderas psykiatrisk slutenvård för bedömning och behandling samt för att säkerställa både kvinnans och barnets säkerhet (Bergink m.fl., 2016). Även vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) kan bli aktuell (SFS 1991:1128).

Sammanfattningsvis har barnmorskan ett ansvar att möta familjens behov i det blivande föräldraskapet, samt att identifiera psykisk ohälsa under graviditet och postpartumperioden. Samtidigt visar riktlinjer att specifik information om postpartumpsykos inte rutinmässigt ges till gravida utan identifierade riskfaktorer, trots att kvinnor utan tidigare psykiatrisk problematik också kan insjukna. Detta kan försvåra tidig upptäckt och innebära att symtom inte uppmärksammas i tid av vare sig den gravida, närstående eller vårdpersonal.

### **2.3.2 Närståendes roll och vårdens ansvar**

Familjen och sociala relationer har en central betydelse för individens fysiska, emotionella och sociala hälsa. När sjukdom eller ohälsa uppstår påverkas ofta hela familjen, vilket kan innebära behov av anpassning samt ett ökat behov av stöd (Benzein m.fl., 2010). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlagen (SFS 2014:821) framgår att närstående har rätt att involveras i patientens vård, förutsatt att patienten inte motsätter sig detta.

Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatri, är specialistsjuksköterskan ansvarig för att i samarbete med närstående och patienter, planera, genomföra och följa upp omvårdnadsinsatser. Specialistsjuksköterskan ska uppmärksamma närståendes situation och eventuella behov av stöd (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2024).

Vårdens ansvar omfattar därmed även de närstående som ofta befinner sig i en särskilt utsatt och påfrestande situation. Det är därför av stor vikt att hälso- och sjukvården uppmärksammar närstående och bemöter deras behov av stöd. Närstående kan själva betraktas som drabbade, då negativa konsekvenser även för deras hälsa kan uppstå i samband med sjukdom (Socialstyrelsen, 2013). Samtidigt kan närståendes behov av information och stöd vara svåra att tillgodose inom vården, där hänsyn även behöver tas till patientens autonomi och sekretess.

## **2.4 Tidigare forskning inom omvårdnad**

I detta avsnitt presenteras tidigare forskning om kvinnor som drabbats av postpartumpsykos, samt det rådande kunskapsläget kring närståendes upplevelser och roll i samband med postpartumpsykos och psykisk ohälsa.

### **2.4.1 Kvinnan som drabbats av postpartumpsykos**

Tidigare forskning visar att kvinnor som drabbats av postpartumpsykos ofta upplever starka känslor av förlust och psykologisk belastning, där det förväntade glädjefyllda moderskapet ersätts av en skrämmande och överväldigande erfarenhet präglad av överklighetskänslor

(Heron m.fl., 2012). Kvinnor som drabbats, beskriver psykotiska symtom såsom paranoia, överklighetskänslor och påträngande samt skrämmande tankar relaterade till barnet och omgivningen, vilka i flera fall debuterar tidigt efter förlossningen (Glover m.fl., 2014; Laufer & Mun, 2025).

Forskning visar att bristande stöd och svårigheter att få adekvat vård bidrar till ökad osäkerhet och förvärrad sjukdomsupplevelse hos kvinnor som drabbats av postpartumpsykos (Heron m.fl., 2012; Roxburgh m.fl., 2023). Upplevelser av stigmatisering och otillräcklig förståelse från omgivningen beskrivs också som faktorer där kvinnans psykiska hälsa påverkas negativt (Toor m.fl., 2024; VanderKruik m.fl., 2024). Detta påvisar att kvinnans återhämtning inte enbart påverkas av de psykotiska symtomen i sig, utan även av hur omgivningen och vården bemöter kvinnan under sjukdomsperioden.

Relationen till barnet framträder som komplex, där barnet fungerar som en viktig källa till mening och motivation i återhämtningen för den drabbade kvinnan. Samtidigt kan barnet även upplevas som en belastning, särskilt vid kvarstående symtom där anknytningen påverkas negativt. Separation från barnet beskrivs generellt som försvårande för återhämtningen, medan närhet till barnet och stöd i omvårdnaden upplevs främja kvinnans tillfrisknande (Plunkett m.fl., 2017).

Tidigare forskning belyser betydelsen av MBU, där kvinnan kan få psykiatrisk vård utan att separeras från sitt barn. Att vårdas tillsammans med barnet beskrivs som centralt för att minska stress, främja anknytning och stärka känslan av trygghet, kontroll och föräldrarollen (Connellan m.fl., 2017; Roxburgh m.fl., 2023; Sanadi m.fl., 2026). Återhämtningen efter postpartumpsykos beskrivs som beroende av tillgången till stöd. Medicinsk behandling i kombination med socialt stöd från närstående och vårdpersonal framstår som betydelsefullt för kvinnans välbefinnande och återhämtning (Heron m.fl., 2012; Roxburgh m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024).

Tidigare forskning visar att sjuksköterskan har en central roll i vården av kvinnor med postpartumpsykos, där omvårdnaden präglas av att skapa trygghet och stabilisering. I den akuta fasen lyfts särskilt betydelsen av struktur, vila och stöd, samt ett relationsbaserat arbetssätt fram, med betydelsen av tillgänglighet (Engqvist m.fl., 2007; Korteland m.fl., 2019). Studierna lyfter även vikten av kontinuerliga bedömningar av barnets säkerhet samt ett samarbete mellan professioner för att anpassa stöd och skydd utifrån kvinnans tillstånd. Parallellt har sjuksköterskan en central funktion i att stödja närstående genom information och emotionellt stöd, vilket kan minska oro och stärka delaktigheten i vården (Engqvist m.fl., 2007; Korteland m.fl., 2019). Detta belyser att vården av kvinnor med postpartumpsykos ofta innebär en balans mellan att stödja kvinnans återhämtning och samtidigt säkerställa barnets trygghet och närståendes behov av stöd.

Kvinnor beskriver att familjen påverkas i hög grad av postpartumpsykos och att situationen är både belastande och emotionellt krävande där närstående behöver ta ett stort ansvar för barnet, hushåll och arbete (Heron m.fl., 2012), där brist på information och stöd från vårdpersonal bidrar till osäkerhet, medan tydlig information och delaktighet i vården ökar tryggheten (Roxburgh m.fl., 2023).

Drabbade kvinnor upplever att närstående har behov av stöd och att vården bör inkludera hela familjen i återhämtningsprocessen. Insjuknandet i postpartumpsykos medför också oro för närståendes välmående, där kvinnor också ser de närstående som avgörande för deras återhämtning. Vidare uppfattar kvinnor insjuknandet i postpartumpsykos som traumatiskt för närstående med långsiktiga konsekvenser för deras välmående, familj och relation (Heron m.fl., 2012). Drabbade kvinnors upplevelser tyder därmed på att närstående har en central roll i återhämtningen, samtidigt som närståendes egna behov av stöd kan riskera att inte uppmärksammas i tillräcklig omfattning.

#### **2.4.2 Närstående vid psykisk ohälsa**

Postpartumpsykos påverkar inte enbart den drabbade kvinnan, utan även hela familjen. Närstående beskriver ofta upplevelsen som traumatisk och präglad av känslor så som oro, hjälplöshet och förlust. Vidare uttrycker närstående ett behov av information och stöd, samtidigt som de ofta upplever bristande inkludering i vården. Insjuknandet kan även belasta relationen mellan kvinnan och den närstående, samtidigt som det i vissa fall kan bidra till en ökad förståelse för psykisk ohälsa (Friedman m.fl., 2023; Lyons m.fl., 2024). Detta kan innebära att närstående förväntas ta ett stort ansvar i sjukdomsförloppet utan att samtidigt få tillräckligt stöd eller information från vården.

Närstående kan samtidigt utgöra en viktig resurs i vården vid insjuknande i postpartumpsykos, då de kan bidra med både emotionellt och praktiskt stöd samt underlätta behandlingsprocessen för den drabbade kvinnan. Det framkommer att bristande förståelse eller motstånd från närstående kan försvåra vården av kvinnan som drabbats (Engqvist & Nilsson, 2013b). Detta påvisar vikten av att vårdpersonal erbjuder information och möjliggör delaktighet av de närstående.

Tidigare forskning kring närståendes upplevelser vid postpartumpsykos ligger i linje med forskning om närståendes upplevelser i vården generellt vid psykisk ohälsa. I Mayers m.fl. (2020) framkommer att psykisk ohälsa i postpartumperioden påverkar både den drabbade kvinnan och hennes närstående, samt familjen som helhet. Trots närståendes centrala roll i att stödja kvinnan erhåller de ofta bristfällig information och begränsat stöd från vården. Detta kan leda till ökad osäkerhet, stress och försämrad egen psykisk hälsa, samtidigt som deras behov sällan uppmärksammas.

Det framkommer också att närstående till kvinnor med psykisk ohälsa postpartum ofta har begränsad kunskap om tillståndet och dess symtom, vilket kan försvåra deras möjligheter att förstå och hantera situationen. Närståendes egen psykiska hälsa ses också påverkas negativt, samtidigt som många avstår från att söka stöd, vilket kan relateras till upplevd stigmatisering kring psykisk ohälsa (Atkinson m.fl., 2021). Även om familjen ofta beskrivs som betydelsefull i återhämtningen vid psykisk ohälsa postpartum, har forskningen i större utsträckning fokuserat på kvinnans upplevelser (Lever Taylor m.fl., 2019). Detta innebär att närståendes perspektiv fortfarande är begränsat utforskat.

Tidigare forskning visar därmed att postpartumpsykos innebär en psykologisk belastning för både den drabbade kvinnan och de närstående. Kvinnor som drabbats beskriver att

sjukdomsupplevelsen förvärras vid bristande stöd från vården. Samtidigt framkommer att närstående upplever bristande stöd, information samt begränsad inkludering i sjukdomsförloppet. Detta belyser ett ökat behov om fördjupad kunskap kring närståendes upplevelser, för att kunna utveckla en mer inkluderande vård. Närstående kan således inte enbart förstås som en resurs för den drabbade kvinnan, utan har även egna behov av stöd och återhämtning.

## 2.5 Teoretiskt perspektiv

Tidvattenmodellen är ursprungligen utvecklad för att förstå relationen mellan patient och vårdpersonal, med fokus på personens berättelse, delaktighet och återhämtning (Barker, 2003; Barker & Buchanan-Barker, 2026). I denna litteraturöversikt används modellen som ett teoretiskt perspektiv för att även belysa närståendes situation. Även om närstående inte är patienter i traditionell mening, kan de förstås som indirekt drabbade av en krissituation, där deras behov av stöd och delaktighet blir betydande.

I likhet med tidigare forskning inom exempelvis palliativ vård (Laryionava m.fl., 2018), kan närstående i denna litteraturöversikt förstås som "sekundära patienter" med behov av egen omsorg, då de påverkas av en krissituation samtidigt som de förväntas utgöra ett stöd för den drabbade kvinnan. Detta belyser vikten av att inkludera och erbjuda stöd och omsorg till närstående även inom psykiatrisk vård vid postpartumpsykos.

Samtidigt är inte Tidvattenmodellen utvecklad för närståendes och vårdpersonals relation. Alternativa teorier, såsom familjecentrerad omvårdnad (Benzein m.fl., 2023), hade kunnat erbjuda ett mer uttalat fokus på familjen som en enhet. Trots detta valdes Tidvattenmodellen, då denna litteraturöversikts syfte är att belysa närståendes individuella upplevelser (Barker & Buchanan-Barker, 2026).

Tidigare forskning visar att närstående upplever situationen som emotionellt belastande och att de har ett behov av information från vårdpersonal i samband med postpartumpsykos (Friedman m.fl., 2023; Lyons m.fl., 2024). Detta tyder på att närstående kan vara i behov av stödande insatser. Genom att utgå från närståendes egna upplevelser kan Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026) möjliggöra en fördjupad förståelse av hur denna situation upplevs samt hur närstående kan stödjas. Detta då modellen inte utgår från diagnos eller medicinskt tillstånd, utan från personens egen upplevelse av sin psykisk hälsa, återhämtning, berättelse och livsvärld.

I Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026), kan brobyggande förstås som en central del av omvårdnaden. Brobyggande innebär handlingar som syftar till att bygga ömsesidiga relationer där vårdpersonal lyssnar till personen. På så sätt möjliggörs en gemensam förståelse av situationen och personens lidande. Detta kan förstås som att närstående exkluderas från vården, brister brobyggandet och närstående lämnas utan tillräcklig information och delaktighet. I detta sammanhang förstås brobyggande utgöra en central del i att stödja närståendes möjlighet att hantera de livsproblem som uppstår i

samband med postpartumpsykos. Genom brobyggande skapas därmed förutsättningar för delaktighet och partnerskap i vården.

Delaktighet och partnerskap är centrala begrepp inom Tidvattenmodellen, där vårdrelationen bygger på samarbete mellan personen och vårdpersonalen (Barker & Buchanan-Barker, 2026). I partnerskapet synliggörs hur personen kan vårdas genom att vårdas tillsammans, och genom att ”vårda med” i stället för att vårdaren ”ta hand om”, vilket innebär att personen vårdas i jämlikhet och samarbete (Barker, 2003). För närstående kan detta innebära ökade möjligheter till delaktighet, information och stöd genom en vårdrelation som präglas av ömsesidighet.

Inom Tidvattenmodellen betraktas den drabbade personen som expert på sitt eget liv där vården utgår från personens egen berättelse (Barker, 2003; Barker & Buchanan-Barker, 2026). Tidvattenmodellen kan därmed förstås bidra till att synliggöra närstående som aktiva deltagare i vården och återhämtningsprocessen. Närstående kan ses som ett stöd till den drabbade kvinnan och som personer som aktivt kan bidra med kunskap om kvinnans liv, behov och resurser.

Inom Tidvattenmodellen finns ett tydligt resurs- och återhämtningsfokus, där personens styrkor lyfts fram i stället för enbart problem och symtom, där även små förändringar och individuella resurser är betydelsefulla i återhämtningsprocessen och där återhämtningen kan ses som föränderlig (Barker & Buchanan-Barker, 2026). Sammanfattningsvis förstås Tidvattenmodellen möjliggöra en fördjupad förståelse för hur psykiatrisk omvårdnad kan utvecklas för att både inkludera närstående som aktiva deltagare i vården och samtidigt uppmärksamma närståendes behov av omsorg och stöd som ”sekundära patienter”. Detta belyser vikten av en vård som inte enbart ser närstående som en resurs, utan även som egna personer med egna berättelser och erfarenheter och behov av återhämtning i en ofta belastande livssituation.

## **2.6 Problemformulering**

Postpartumpsykos är ett ovanligt men potentiellt livshotande psykiatriskt tillstånd som inte bara påverkar den drabbade kvinnan, utan även hennes närstående, som ofta befinner sig i en situation präglad av ansvarstagande och känslomässig belastning. Trots detta riskerar närståendes upplevelser och behov av stöd, information och delaktighet att inte beaktas i samma omfattning som kvinnans. Lagstiftning inom hälso- och sjukvården tydliggör närståendes rätt till involvering i vården, förutsatt att patienten samtycker.

Samtidigt framkommer i tidigare forskning att närstående till kvinnor med postpartumpsykos ofta upplever bristande information, begränsade möjligheter att delta i vårdprocessen samt otillräckligt stöd, vilket kan påverka deras hälsa negativt. Detta kan även innebära att det stöd närstående kan och orkar ge den drabbade kvinnan minskar, samtidigt som närstående kan förstås som ”sekundära patienter” med eget behov av omsorg.

Psykiatrisk omvårdnad betonas av ett holistiskt och återhämtningsinriktat perspektiv där både patienters och närståendes återhämtning är av betydelse.

Ur ett teoretiskt perspektiv kan detta förstås i relation till Tidvattenmodellen där delaktighet, partnerskap och personens berättelse utgör centrala delar i vårdprocessen. När närstående exkluderas eller ges begränsat utrymme i vården riskerar deras upplevelser och behov att inte synliggöras, vilket kan försvåra både deras egen återhämtning och möjlighet att utgöra ett stöd för den drabbade. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är förståelsen av närståendes upplevelser betydelsefull, då psykisk ohälsa och lidande inte enbart påverkar den drabbade personen utan även relationer, familj och vardag. Inom psykiatrisk omvårdnad betonas betydelsen av delaktighet och återhämtning, där både patienters och närståendes upplevelser ska synliggöras.

Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatri ingår ett ansvar för att i samarbete med närstående och patienter planera, genomföra och följa upp omvårdnadsinsatser, där specialistsjuksköterskan ska uppmärksamma närståendes situation och eventuella behov av stöd. Trots detta finns begränsad kunskap om närståendes upplevelser vid postpartumpsykos. Detta pekar på ett behov av att fördjupa förståelsen av närståendes upplevelser för att bidra till utvecklingen av en mer personcentrerad och familjeorienterad psykiatrisk omvårdnad.

### **3 SYFTE**

Syftet är att skapa en fördjupad förståelse av närståendes upplevelser vid postpartumpsykos.

## **4 GENOMFÖRANDE**

I följande avsnitt redogörs för litteraturöversiktens metodologiska ansats. Avsnittet omfattar studiens design, urval och datainsamling, bearbetning och analys av data samt forskningsetiska överväganden.

### **4.1 Design**

Denna studie är en kvalitativ litteraturöversikt med en induktiv ansats, baserad på tidigare kvalitativ forskning. En litteraturöversikt innebär en systematisk genomgång, kritisk granskning och syntes av tidigare forskning inom ett specifikt område och kan användas för att belysa kunskapsläget samt identifiera kunskapsluckor (Polit & Beck, 2021). Som

analysmetod tillämpades metaetnografi enligt Noblit och Hare (1988), vilket är en interpretativ metod för syntes av kvalitativ forskning.

Metoden valdes då studiens syfte var att fördjupa förståelsen av närståendes upplevelser vid postpartumpsykos, snarare än att exempelvis kartlägga förekomst eller samband. Metaetnografi möjliggör en tolkande syntes där erfarenheter, upplevelser och mening kan integreras och utvecklas till ny kunskap. Detta bedömdes särskilt relevant inom ett begränsat forskningsområde där behov fanns av en mer sammanhållen förståelse av närståendes situation.

Metaetnografi genomförs enligt sju faser: Att komma i gång; att avgöra vad som är relevant; att läsa studierna; att fastställa hur studierna hänger samman; att översätta studierna till varandra; att syntetisera översättningarna samt att presentera syntesen. Dessa faser överlappar varandra genom hela processen. Arbetet inleds med ett övergripande forskningsintresse, vilket inte behöver vara strikt avgränsat från början. I stället utvecklas och preciseras detta intresse successivt genom läsning och jämförelse av relevanta studier. Den metaetnografiska processen är iterativ, vilket innebär att forskningsfrågan, urvalet av studier och tolkningarna utvecklas parallellt under arbetets gång (Noblit & Hare, 1988).

#### 1. Att komma i gång

Processen inleds med att identifiera ett forskningsintresse som lämpar sig för kvalitativ syntes. Intresset formas och fördjupas genom en genomgång av tidigare forskning. Detta steg mynnar slutligen ut i formuleringen av studiens syfte.

#### 2. Urval av relevanta studier

Urvalet baseras inte enbart på att vara uttömmande, utan på relevans i förhållande till studiens syfte. Fokus ligger på studier som kan bidra till meningsfull tolkning snarare än bred generalisering.

#### 3. Fördjupad läsning av studier

Studierna analyseras genom upprepad och noggrann läsning. Centralt är att identifiera metaforer (teman, begrepp, tolkningar) som belyser fenomenet.

#### 4. Identifiering av relationer mellan studier

I denna fas jämförs studiernas centrala begrepp och idéer för att identifiera likheter, skillnader och mönster. Detta skapar en grund för vidare syntes.

#### 5. Översättning av studier till varandra

Kärnan i metaetnografi är att översätta studiernas begrepp och tolkningar till varandra. Detta innebär att förstå hur olika studier relaterar till och kan förklara varandra, samtidigt som deras innehåll bevaras.

#### 6. Syntes av översättningarna

Genom att integrera översättningarna utvecklas en övergripande tolkning som går bortom de enskilda studiernas resultat. Detta bidrar till en fördjupad förståelse av det som studeras.

## 7. Presentation av syntesen

Resultatet presenteras så att begrepp och tolkningar görs begripliga. Detta utan att förenkla de ursprungliga studiernas innehåll.

## 4.2 Urval och datainsamling

Nedan redogörs för studiens urvalsprocess och datainsamling följt av en beskrivning av hur materialet har analyserats och bearbetats. Slutligen presenteras de forskningsetiska överväganden som gjordes.

### 4.2.1 Inklusions- och exklusionskriterier

Endast studier med kvalitativ metodansats inkluderades, då dessa bedömdes bäst kunna besvara litteraturöversiktens syfte. Inklusionskriterierna innefattade att artiklarna var peer reviewed, skrivna på engelska samt etiskt granskade. Vidare skulle studierna belysa närståendes perspektiv i samband med postpartumpsykos. Studier som behandlade närståendes upplevelser av psykisk ohälsa generellt, utan specifikt fokus på postpartumpsykos, exkluderades. Studier som belyste vårdpersonals eller drabbade kvinnors upplevelser av postpartumpsykos exkluderades också, så till vida att det inte gick att särskilja närståendes upplevelser från övrigas upplevelser.

Sökningarna begränsades till artiklar publicerade mellan januari 1990 och februari 2026. Denna begränsning tillämpades då psykiatrisk vård och omvårdnad har genomgått förändringar över tid, bland annat avseende synen på närståendes delaktighet och involvering i vården (Bäckström & Sahlberg, 2024). Ännu äldre studier riskerade därmed spegla andra förutsättningar för närstående. Samtidigt möjliggjorde tidsintervallet ett tillräckligt brett underlag inom ett begränsat forskningsområde.

De inkluderade studierna genomfördes i olika länder, vilket kunde bidra till en bredare och mer nyanserad förståelse av fenomenet. Kontexten för litteraturöversikten utgjordes av vårdrelaterade miljöer där personer med postpartumpsykos vårdades och där deras närstående var involverade.

### 4.2.2 Datainsamling

Utifrån fas 1 enligt Noblit och Hare (1988) formulerades syftet genom den kunskapslucka som identifierats i bakgrunden. Litteratursökningen och urvalsprocessen genomfördes i enlighet med fas 2 i metaetnografin där relevanta studier identifierades utifrån studiens syfte. Inledningsvis kontaktades en bibliotekarie vid Örebro medicinska bibliotek för att säkerställa en systematisk och ändamålsenlig sökstrategi. Datainsamlingen utformades i enlighet med bibliotekariens rekommendationer. Författarna tog även del av metodlitteratur (Polit & Beck, 2021) för att fördjupa förståelsen kring litteratursökning.

En systematisk litteratursökning genomfördes den 25 februari 2026 i databaserna CINAHL, APA PsycINFO och PubMed. Dessa databaser valdes då de täcker forskning inom omvårdnad, medicin och psykologi, vilket bedömdes relevant för studiens syfte. Sökningen utgick från ämnesord och fritexttermer relaterade till postpartumpsykos. I CINAHL användes ämnesord *MH "postpartum psychosis"* i kombination med fritext samt funktionen explode för att inkludera underordnade begrepp. I APA PsycINFO användes motsvarande ämnesord *DE "postpartum psychosis"* och fritextsökning. I PubMed genomfördes sökningen med fritext i titel och abstrakt.

Söktermerna som användes var *"postpartum psychosis"*, *"puerperal psychosis"* och *"peripartum psychosis"* genomgående i samtliga databaser. Dessa kombinerades med den booleska operatoren OR för att bredda sökningen (Polit & Beck, 2021). Sökningarna begränsades till artiklar publicerade på engelska, peer reviewed samt publicerade mellan januari 1990 och februari 2026. Ytterligare söktermer relaterade till närstående inkluderades inte, då postpartumpsykos är ett relativt ovanligt tillstånd och forskningen inom området är begränsad. En snävare sökstrategi bedömdes därför riskera att relevanta studier exkluderades, särskilt eftersom begreppet närstående kan uttryckas genom en variation av termer. Detta beslut fattades i enlighet med bibliotekariens rekommendationer.

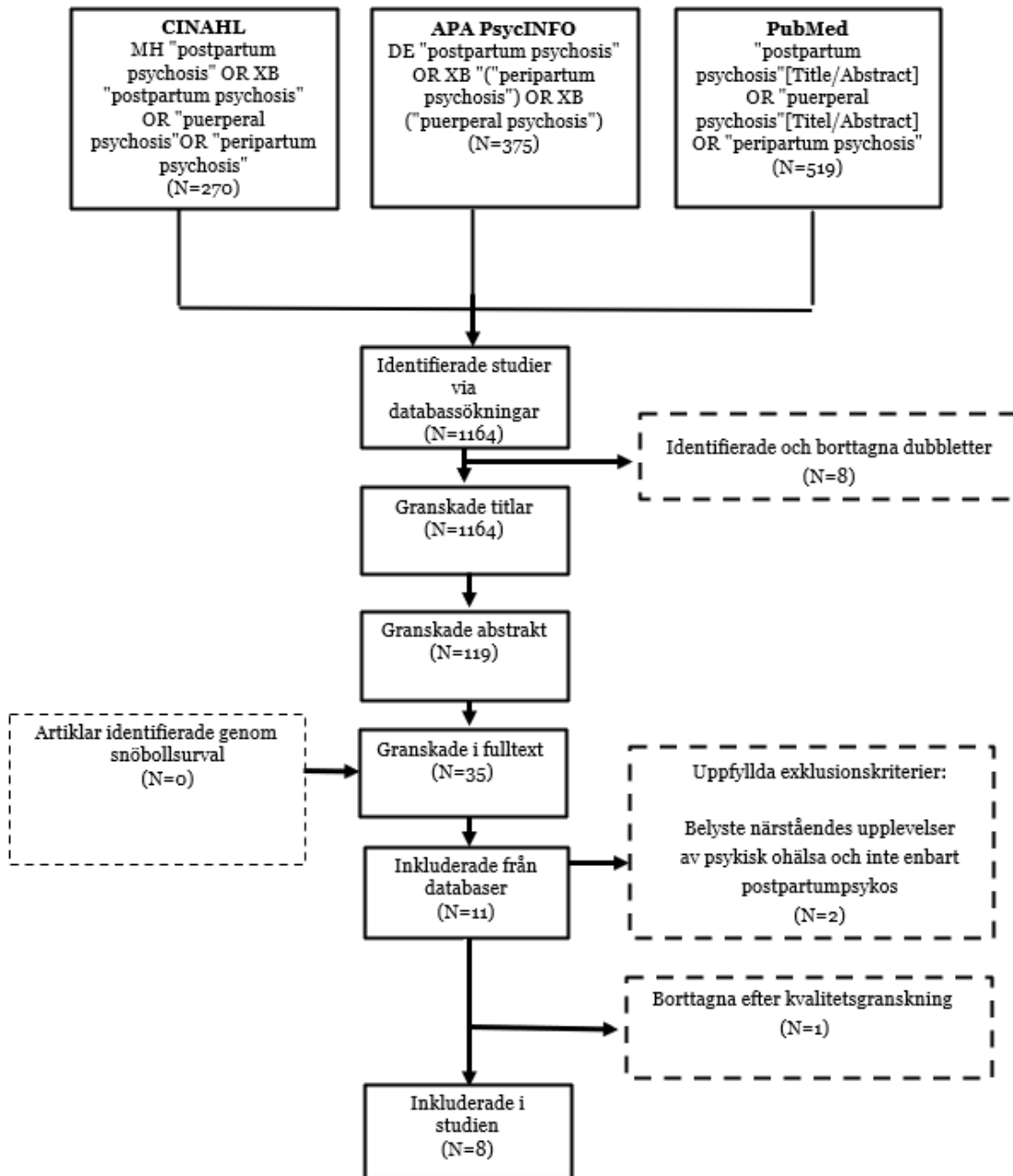
Litteratursökningen genererade totalt 1 164 träffar. I CINAHL genererades 270 träffar, i APA PsycINFO 375 träffar och i PubMed 519 träffar. Dubletter identifierades och exkluderades manuellt av författarna (n = 8). Urvalsprocessen genomfördes stegvis där titlar först screenades. Om en titel potentiellt bedömdes relevant i förhållande till studiens syfte granskades även abstrakt utifrån studiens inklusions- och exklusionskriterier. Om inte abstrakt fanns till en artikel av intresse, granskades denna i full text.

Övriga artiklar av intresse lästes också i full text för att inte riskera att exkludera relevant material till denna studie. Totalt inkluderades initialt elva artiklar. Av dessa exkluderades slutligen tre artiklar. Två exkluderades då de inte specifikt belyste postpartumpsykos, utan närståendes upplevelser av psykisk ohälsa mer generellt. En artikel exkluderades efter kvalitetsgranskning enligt SBU:s granskningsmall (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022). Även snöbollsurval tillämpades genom granskning av referenslistor i inkluderade studier (Polit & Beck, 2021), dock utan att ytterligare artiklar identifierades. Urvalsprocessen resulterade slutligen i totalt åtta inkluderade artiklar, vilka utgjorde underlaget för den fortsatta metaetnografiska analysen. Ett flödesdiagram för datainsamling och urval illustreras i Figur 1.

#### **4.2.3 Kvalitetsgranskning**

För att säkerställa studiens kvalitet genomfördes en kritisk granskning av de inkluderade artiklarna med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022), vilken kan ses i sin helhet i Bilaga A. Endast studier med tillräcklig vetenskaplig kvalitet inkluderades i denna litteraturöversikts analys. Alla inkluderade artiklar bedömdes ha obetydliga eller mindre metodologiska brister vid kvalitetsgranskning och var därmed tillräckligt tillförlitliga att ingå i denna litteraturöversikt

och bidra med relevant kunskap om närståendes upplevelser vid postpartumpsykos. En översikt över de inkluderade artiklarna samt kvalitetsgranskningen presenteras i Tabell 1.



Figur 1: Flödesdiagram för datainsamling och urval

Tabell 1: Översikt av inkluderade artiklar samt kvalitetsgranskning.

Artikel nr	Författare (år)	Land	Syfte	Datainsamlingsmetod	Analysmetod	Urval	Resultat	Kvalitet
1	Boddy m.fl. (2017)	Storbritannien	Utforska mäns upplevelser vid partners inläggning på MBU vid postpartumpsykos	Semistrukturerade intervjuer	Interpretativ fenomenologisk analys (IPA)	(n = 7 (män), rekryterades via två MBU)	Chock och förvirring; sjukhusvistelsen upplevdes som fördelaktig; förändrade roller, relationer och familjeidentitet	Obetydlig/mindre
2	Doucet m.fl. (2012)	Kanada	Utforska stödbehov och preferenser hos kvinnor med postpartumpsykos och deras partners	Semistrukturerade intervjuer	Induktiv tematisk analys	(n = 17; 9 kvinnor och 8 män, rekryterades via vård och samhällsbaserade verksamheter)	Behov av stödgrupper; informella stödnätverk gav stöd; bristande kunskap påverkade återhämtning	Obetydlig/mindre
3	Engqvist & Nilsson (2013a)	Sverige	Utforska upplevelser av de första dagarna vid postpartumpsykos	Semistrukturerade intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys	(n = 13; 7 kvinnor och 6 närstående)	Närstående viktiga för tidig upptäckt; möjliggör tidig behandling och stödjer återhämtning	Obetydlig/mindre

4	Forde m.fl. (2019)	Storbritannien	Undersöka erfarenheter och behov av psykologiska interventioner hos kvinnor med postpartumpsykos och från familjemedlemmars perspektiv	Semistrukturerade intervjuer	Induktiv tematisk analys	(n = 21; 13 kvinnor och 8 familjemedlemmar, rekryterades via APP, MBU och psykiatriska team)	Söka trygghet och kontroll; hantering av psykologisk påverkan; planering inför framtiden	Obetydlig/mindre
5	Holford m.fl. (2018)	Storbritannien	Undersöka den levda erfarenheten av partners till kvinnor som drabbats av postpartumpsykos och den påverkan det haft på deras liv och relationer.	Semistrukturerade intervjuer	Interpretativ fenomenologisk analys (IPA)	(n = 8 (män), rekryterades via APP)	Förlust; maktlöshet; coping; reflektion; hinder för vårdtillgång och otillfredsställda behov; hantering av flera roller och positiva förändringar	Obetydlig/mindre
6	Roxburgh m.fl. (2025)	Storbritannien	Undersöka partners erfarenheter av psykiatrisk vård för att bättre förstå deras upplevelser och behov och bidra till utveckling av vårdinsatser	Semistrukturerade intervjuer	Tematisk analys	(n = 12 (män), rekryterades via välgörenhetsorganisationer och NHS)	Förståelse av postpartumpsykos; partners delaktighet i vården; ansvar och välbefinnande	Obetydlig/mindre
7	Wass m.fl. (2024)	Storbritannien	Undersöka påverkan på parrelationen vid postpartumpsykos från både kvinnans och partners perspektiv	Djupgående semistrukturerade intervjuer	Grounded theory-analys	(n = 14; 8 kvinnor och 6 partners, rekryterades via APP)	Relationen innan; ett test av relationen; att försöka få ihop tillvaron; upptäcka den nya relationen	Obetydlig/mindre

8	Wyatt m.fl. (2015)	Storbritannien	Att utforska hur kvinnor och deras närstående förstår sina erfarenheter av postpartumpsykos, deras relationer och den ömsesidiga påverkan dem emellan.	Semistrukturerade dyadiska intervjuer	Interpretativ fenomenologisk analys (IPA)	(n = 14; 7 kvinnor och 7 närstående, rekryterades via NHS och online)	Förändrad identitet och hotade relationer; invalidisering och isolering; tillit och respekt efter postpartumpsykos; relationers dubbla påverkan.	Obetydlig/mindre
---	-----------------------	----------------	--	---------------------------------------	---	---	--	------------------

### 4.3 Bearbetning och analys av data

Analysen genomfördes enligt faserna 3–6 i metaetnografin enligt Noblit och Hare (1988), vilka innefattar att läsa studierna, identifiera relationer mellan dem, översätta studierna till varandra samt att syntetisera översättningarna. De inkluderade studierna lästes upprepade gånger av båda författarna, vilket skapade en fördjupad förståelse av innehållet.

Under analysen identifierades successivt nyckelmetaforer som beskrev närståendes upplevelser genom att relevanta textavsnitt i de inkluderade artiklarna markerades manuellt av författarna. Nyckelmetaforerna jämfördes kontinuerligt mellan studierna för att identifiera likheter och potentiella skillnader i hur närståendes upplevelser beskrevs. När skillnader identifierades analyserades dessa i relation till studiernas kontext och innehåll, för att avgöra om de representerade variationer av samma fenomen eller uttryck för skilda erfarenheter. De markerade textavsnitten extraherades därefter, sammanfattades och organiserades digitalt utifrån likheter i innehåll och innebörd. Analysen omfattade både första ordningens konstruktioner, det vill säga deltagarnas utsagor (citater), samt andra ordningens konstruktioner, vilket avser originalförfattarnas tolkningar i valda artiklar. Analysen genomfördes fortlöpande i dialog mellan författarna för att skapa samsyn kring materialets innebörd.

Under analysprocessen identifierades totalt 15 nyckelmetaforer av författarna, vilka successivt kondenserades till fem övergripande metaforer som representerar centrala mönster i materialet. Denna process kallas *reciprocal translation* (Noblit & Hare, 1988) inom metaetnografin. Reciprocal translation möjliggjorde en syntes av studiernas gemensamma innebörder, samtidigt som variationer i upplevelserna kunde beaktas. Genom att de 15 nyckelmetaforerna jämfördes och sammanfördes utifrån likheter i innehåll och innebörd, som beskrivet ovan, kunde de fem övergripande metaforerna bildas. I slutet av denna process utvecklades en huvudmetafor som fångar den övergripande innebörden av närståendes upplevelser. Huvudmetaforen identifierades som genomgående i det analyserade materialet och representerar den gemensamma innebörden av närståendes upplevelser.

Exempel ur analysprocessen presenteras i Tabell 2 och återges i sin helhet i Bilaga B. Tillvägagångssättet vid kondenseringen exemplifieras i Tabell 3 och återges i sin helhet i Bilaga C. Tabellerna nedan visar exempel ur analysprocessen och återger därmed inte samtliga steg.

Tabell 2: Exempel ur analysprocessen. Text markerad med \* utgör identifierade nyckelmetaforer. Texten under representerar andra ordningens konstruktioner i de granskade artiklarna, vilka ligger till grund för dessa tolkningar.

Artiklar	Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp	Att exkluderas från vården och navigera i okunskap	Att bära ett överväldigande ansvar	Att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdsituationen	Att omforma relationer, identitet och mening
Boddy m.fl. (2017)	* Brist på kunskap hos närstående * Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad  Närstående uppmärksammade att något var avvikande, men missade akuta signaler.	* Utanförskap och ingen delaktighet i vården  Närstående upplevde bristande information, delaktighet och exkludering från vården, delvis med hänvisning till sekretess.	* Oro och ansvar för barnet * Ansvar för kvinnans vård och hälsa * Ansvar för hem och barn  Närstående upplevde att kvinnan saknade omsorgsförmåga och att de behövde skydda barnet.	* Hjälploshet och maktlöshet * Skam och skuld  Närstående upplevde att deras oro inte togs på allvar, med känslor av skam och skuld.	* Påverkan på relationen * Förlust * Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information  Närstående kände sig som åskådare. Relationer kunde stärkas. Förlust av relation och familjebildning. MBU var både stödjande och utmanande.

Tabell 3: Kortare beskrivning av kondenseringen från 15 identifierade nyckelmetaforer till fem övergripande metaforer.

Andra ordningens konstruktioner	15 identifierade nyckelmetaforer	Fem övergripande metaforer
Närstående upplevde ett plötsligt insjuknande där de inte kände igen den drabbade kvinnan.	Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad	<b>Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp</b>
Närstående hade ingen eller låg kunskap om postpartumpsykos.	Brist på kunskap hos närstående	
Närstående upplevde bristande stöd från vårdpersonal och att vårdpersonal hade låg kunskap om postpartumpsykos.	Bristande kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal	<b>Att exkluderas från vården och navigera i okunskap</b>
Närstående upplevde att de inte fick vara delaktiga. Detta var relaterat till sekretess och bristande kommunikation från vårdpersonal.	Utanförskap och ingen delaktighet i vården	

## 4.4 Forskningsetiska överväganden

Samtliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten hade genomgått etisk granskning, vilket säkerställde att forskningsetiska principer beaktats i de ursprungliga studierna (Vetenskapsrådet, 2017). Vid urvalet eftersträvades att inkludera studier med hög vetenskaplig trovärdighet (Thornberg & Fejes, 2024).

Stor vikt lades vid korrekt återgivning av tidigare forskning. Detta innefattade noggrannhet vid citering av deltagare i de inkluderade studierna samt att undvika att förvränga, förvanska eller tolka tidigare forskares resultat på ett sätt som kan uppfattas som missvisande eller respektlöst (Thornberg & Fejes, 2024). Deltagarna i de inkluderade studierna var redan anonymiserade, vilket innebar att ytterligare åtgärder avseende anonymitet inte var nödvändiga. Trots detta beaktades deltagarnas integritet genom hela analysprocessen.

Objektivitet och transparens eftersträvades vid både analys och presentation av resultatet. En potentiell risk var att deltagare i de ursprungliga studierna skulle kunna ta del av litteraturöversikten och uppleva att deras erfarenheter inte korrekt återspeglades. För att minimera denna risk eftersträvades en rättvis, nyanserad och respektfull beskrivning av närståendes upplevelser, med hänsyn till att undvika feltolkning eller stigmatisering i relation till postpartumpsykos. En etisk ansökan för litteraturöversikten genomfördes och godkändes vid Mälardalens universitet i november 2025.

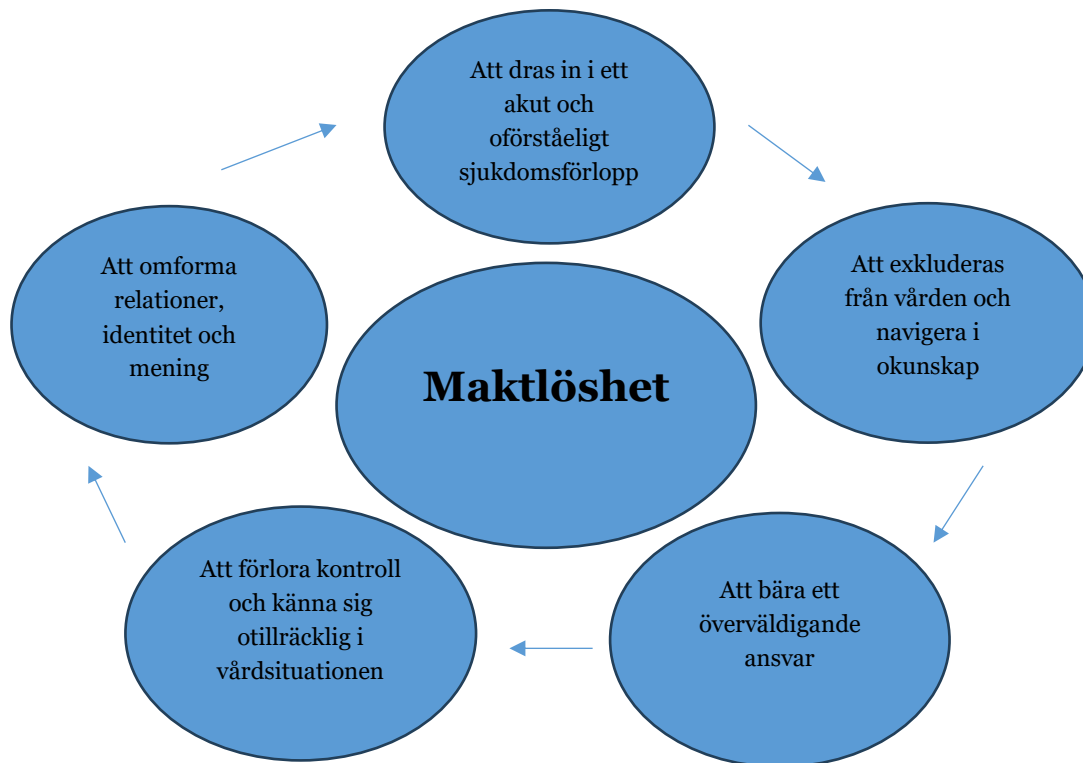
## 5 RESULTAT

Resultatet presenteras i enlighet med den avslutande fasen, fas 7, i metaetnografin, vilket innebär att uttrycka syntesen (Noblit & Hare, 1988). I denna litteraturöversikt redovisas syntesen i form av en huvudmetafor och fem övergripande metaforer som binds samman till en helhet. Citat används för att illustrera och stärka litteraturöversiktens metaforer genom att synliggöra deltagarnas egna upplevelser och ge läsaren en djupare förståelse för det tolkade materialet. På så vis har även första ordningens konstruktioner bevarats. Citaten presenteras i originalspråk (engelska) för att bevara nyanser och undvika feltolkningar som kan uppstå vid översättning. Resultatets metaforer illustreras i Figur 2.

### 5.1 Huvudmetafor: Maktlöshet

Den huvudmetafor som genomsyrade samtliga metaforer identifierades i slutet av analysprocessen och framträdde som en genomgående upplevelse av maktlöshet hos de närstående. Huvudmetaforen var inte förutbestämd, utan växte successivt fram i takt med att de olika metaforerna jämfördes och syntetiserades. Maktlösheten kan förstås som de närståendes upplevelse av att befinna sig i en främmande situation som de varken kunde förstå, påverka eller kontrollera, samtidigt som de förväntades bära ett omfattande ansvar.

Huvudmetaforen representerar därmed den underliggande känslan som återkom genom samtliga övergripande metaforer och som knöt samman de närståendes erfarenheter i materialet.



Figur 2: Huvudmetafor och övergripande metaforer i denna litteraturöversikts resultat

## 5.2 Övergripande metaforer

Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp; att exkluderas från vården och navigera i okunskap; att bära ett överväldigande ansvar; att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdsituationen samt att omforma relationer, identitet och mening. Tillsammans illustrerar de hur närståendes upplevelser rör sig från ett initialt skede av kris till en mer långsiktig process av anpassning och meningsskapande.

### 5.2.1 Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp

Närstående upplevde att de drogs in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp när kvinnan drabbades av postpartumpsykos, där de saknade förförståelse kring vad som hände och hur situationen kunde tolkas och hanteras. Det beskrevs hur insjuknandet skedde hastigt och oväntat (Boddy m.fl., 2017; Engqvist & Nilsson, 2013a; Forde m.fl., 2019; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024):

I was like what the f\*\*\*, what is going on, that's not her (Wass m.fl., 2024, s. 287).

She was definitely low, getting worried, and her behaviours were becoming strange...it got to the point where I'd woken up one morning and she was wide awake, and I just turned around and said to (her) you ok? And she said, yeah we're dead, I think we're dead, and (name of child)...we are dead. And I think that's when I realised something was definitely not right. It wasn't just side effects of the tablets (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1410).

Det snabba förloppet tycks ha försvårat möjligheten att i tid identifiera allvaret i situationen. Avsaknaden av tidigare erfarenhet kring postpartumpsykos bidrog till att symtomen initialt kunde misstolkas eller förklarades med lindrigare orsaker, vilket i vissa fall ledde till en fördröjning i att uppsöka vården (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025):

I... didn't really see the more acute signs because A. I'm not experienced in them and B. I knew there was something up but I put it down to her being absolutely over exhausted (Boddy m.fl., 2017, s. 402).

Närståendes egen brist på kunskap om postpartumpsykos framkommer bidra till svårigheterna att förstå vad som hände (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Roxburgh m.fl., 2025). Närstående uppfattade initialt att kvinnan inte mådde bra, men förstod inte allvaret i situationen, vilket kunde leda till känslor av skuld (Roxburgh m.fl., 2025), chock, förvirring och skam (Boddy m.fl., 2017).

...they could have flagged it up a bit more the kind of mental health impacts that having a baby can have... that there's potential that you can experience a serious mental illness...it would be good to know that that's a possibility...I would have just like to have been a lot more alert to the possibility that this could take a real toll on my wife's mental health and that it's not just stress (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1410).

Vidare framträder hur det akuta insjuknandet inte enbart skapade förvirring, utan även en existentiell osäkerhet där kvinnan upplevdes som förändrad eller förlorad. Den plötsliga personlighetsförändringen ter sig ha bidragit till känslor av att befinna sig i en överklig och svårbegriplig situation för de närstående (Boddy m.fl., 2017; Engqvist & Nilsson, 2013a).

My daughter became a complete stranger. She was totally deflated. Not only was she hurting, it wasn't just that. It seemed as if she was totally lost in the world. You just don't know what to do. It was difficult to get through to her and in way she was inside a fog all by herself. The whole thing was so surreal (Engqvist & Nilsson, 2013a, s. 85).

She was here but I thought her personality was dead, so my relationship with her personality is dead ... My personality clicks with her personality, yeah and if she's not there... our relation ship isn't there... it felt like she was dead. So when I was at home I felt like I was single. I felt like I'd lost everything (Boddy m.fl., 2017, s. 405).

Den plötsliga förändringen i kvinnans beteende och personlighet förstås inte enbart ha skapat förvirring, utan även djupare känslor hos de närstående. Närstående beskrev hur kvinnan upplevdes som förändrad eller främmande, vilket kan tolkas som att tidigare föreställningar om kvinnan inte längre överensstämde med situationen de befann sig i. Detta bidrog till upplevelser av att verkligheten blev svår att förhålla sig till. Närstående befann sig i en situation där deras möjlighet att förstå, tolka och agera i relation till sjukdomsförloppet, var begränsad. Svårigheten att skapa mening i det som skedde framträdde som central och kan förstås ha bidragit till de känslor av maktlöshet som präglade de närståendes upplevelser kring det plötsliga insjuknandet.

### **5.2.2 Att exkluderas från vården och navigera i okunskap**

Även när närstående väl hade etablerat kontakt med vården präglades deras erfarenheter genomgående av en upplevelse av bristande information, kunskap och stöd från vårdpersonal avseende postpartumpsykos (Boddy m.fl., 2017; Doucet m.fl., 2012; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024; Wyatt m.fl., 2015), där närstående beskrev hur vården i huvudsak fokuserade på kvinnans tillstånd, medan närståendes behov av information och delaktighet i stor utsträckning åsidosattes (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025). Samtidigt upplevdes vårdpersonal i flera fall ha begränsad kunskap om tillståndet, vilket uppfattades bidra till att symtom inte togs på tillräckligt allvar eller att adekvat vård fördröjdes (Boddy m.fl., 2017; Engqvist & Nilsson, 2013a; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025):

I think that they weren't aware of the severity of the situation. I certainly wasn't, and I think them as the professionals, albeit midwives, weren't aware, or at least didn't have enough awareness. I know they're not mind readers...but I think that perhaps if they'd had more...of an awareness, they could have given me more of an awareness (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1410).

...[GP] just told [the mother] to go and have a bath, try and chill out for a bit, and take some natural sleeping remedies and you'll be fine...that's another day or two down the line and we tried that and she just got worse and worse and worse (Holford m.fl., 2018, s. 6).

Närstående uttryckte svårigheter att förstå tillståndet, och många uttryckte ett behov av både förebyggande och kontinuerlig information från vårdpersonal (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025). I avsaknad av detta beskrev flera hur de själva sökte information om postpartumpsykos (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025), vilket speglar en upplevelse av att stå utanför vården. Denna upplevelse av otillräckligt stöd och bemötande kunde även ses i akuta situationer, där närstående upplevde att vården inte agerade tillräckligt skyndsamt eller adekvat, samt att oron rörande kvinnans tillstånd inte togs på allvar:

[Healthcare helpline] could hear her screaming...They were asking me things like what's her blood pressure like...and I'm like, 'look, you need to send somebody out now'. 'We can't do that yet, we need to go through these questions', 'Can you not hear her?' (Boddy m.fl., 2017, s. 403).

... she went to sleep the first night, and those bastards woke her up after three hours or something because she had to get up and breastfeed the baby. It was abuse, I must say! And my son, he called us now and then ...he was completely down. There was no milk and she wasn't sleeping. Within 24 hours of giving birth she was confused and in a full-scale mania (Engqvist & Nilsson, 2013a, s. 84).

Närståendes exkludering från vårdprocessen blev särskilt tydlig i samband med inläggning på sjukhus, där sekretess och bristande kommunikation begränsade deras insyn och delaktighet (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018). Samtidigt uttryckte närstående en önskan om att bli involverade i kvinnans vård och få stöd i sin roll (Boddy m.fl., 2017; Doucet m.fl., 2012; Engqvist & Nilsson, 2013a; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025):

When my wife first met the doctor they should have set up a separate appointment for me to say this could be affecting you. We would like to see you for half an hour. I am sure someone could have asked me questions and figured out that I was struggling and needed support. I guess I could have gone on my own, but I was too proud to ask (Doucet m.fl., 2012, s. 242).

I Doucet m.fl. (2012) beskrevs hur närstående också kunde ha svårigheter att själva be om hjälp och stöd till vård, vänner och familj. Detta var relaterat till stolthet och känslor av att vilja skydda sitt privatliv. I kontrast till detta beskrevs även att närstående själva behövde ta initiativ till kontakt med vården för att få information. Detta upplevdes som belastande och som att exkluderas från vården (Roxburgh m.fl., 2025):

...it would be more helpful if the onus was actually on the doctors and nurses to call you, to give you the updates rather than you to be chasing them, probably a couple of reasons for that, one of them...there comes a point when you're like, I'm just harassing them, and they've got more to do than just speak to me and I got to the point where I realised I wasn't going to get much out of calling them, so I just stopped calling them (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1412).

Att inte inkluderas i vården upplevdes som särskilt problematiskt då närstående ansåg sig ha en viktig roll i att bidra med information om kvinnans tillstånd. Trots detta upplevde närstående att deras perspektiv inte efterfrågades (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025):

I think I might have got on the doctor's nerves a little bit. Because [the doctor] was... like, 'well, this is about me and your partner', but obviously [my partner]...might not even think of the questions that I think of (Boddy m.fl., 2017, s. 404).

Något som därmed framkom är att närstående inte enbart upplevde en brist på information och stöd, utan även en mer grundläggande känsla av att stå utanför vården och därmed exkluderas i en skör tid i livet. De närstående hade viktig kunskap om kvinnans tillstånd att bidra med, men ändå framträder en situation där deras perspektiv inte efterfrågades och deras delaktighet begränsades eller gjordes obefintlig. Detta förstås därmed ha bidragit till känslor av maktlöshet hos de närstående.

### 5.2.3 Att bära ett överväldigande ansvar

Närstående uttryckte en oro samt ett ansvar för barnet till följd av kvinnans försämrade tillstånd och förändrade beteende (Boddy m.fl., 2017; Doucet m.fl., 2012; Engqvist & Nilsson, 2013a; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024). Närstående kunde uppleva att kvinnan varken brydde sig om, eller ville ha barnet (Engqvist & Nilsson, 2013a). Det kunde även upplevas utmanande att ta ett stort ansvar för barnet och samtidigt tillgodose kvinnans behov (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018; Wass m.fl., 2024). Närstående till en kvinna beskrev kvinnans relation till det nyfödda barnet som ohälsosam och präglad av avvisande och bristande känslomässig kontakt:

I would describe it [the relationship] as unhealthy. I would never have thought that a mother could be so rejecting, insensitive, angry, and irritable towards her child as she was. Sometimes she looked happy, as she nursed him or when he was sleeping and things like that. But there was no deep joy. It was probably just because it was nice and quiet, or that she was not in as much pain or something like that. But it was only short-term stuff and it was superficial. She physically pushed him away. Sometimes she would leave him in the cot crying for a long, long time (Engqvist & Nilsson, 2013a, s. 86).

Detta påvisade en klyfta mellan förväntningar och den upplevda verkligheten, där de närståendes föreställningar kring moderskap ifrågasattes. Detta belyste även en oro för barnets säkerhet och välbefinnande, då de närstående kunde bevittna en avsaknad av anknytning till barnet. Närstående beskrev hur samspelet mellan kvinnan och barnet upplevdes som bristfälligt och oroväckande:

...it was so weird, with some strange thoughts and stuff. She said, for example, "It was much better before. I should not have had him," and stuff like that. The feeling that she didn't want him. She held him tightly against her all the time. You could also see that the baby talk wasn't there. There was something wrong in their contact; something wasn't working. Things such as sitting, baby talk, and chatting—there was none of that (Engqvist & Nilsson, 2013a, s. 86).

Närstående uttryckte en oro för att kvinnan skulle skada barnet och det framkommer även en oro att kvinnan skulle döda barnet. Detta innebar att de närstående fick ta ansvar för barnets säkerhet (Boddy m.fl., 2017; Engqvist & Nilsson, 2013a; Roxburgh m.fl., 2025):

Then she says she'll throw him out in the snow because she needs to get some sleep. "He's not eating like he should," she said. She was on her way to doing it. It really scared me because I think she'd overstepped the mark. If I had not been there, what would she have done? (Engqvist & Nilsson, 2013a, s. 86).

It was like in a movie...on my way home, I didn't really know what was going to be there. And I was worried that the children will be dead, like literally, in the washing machine or something because I knew that she was, she wouldn't even recognise me over the phone (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1410).

I kombination med ovanstående upplevde även närstående att de behövde ta ett stort ansvar för kvinnans vård och hälsa för att hon skulle kunna ta sig igenom sjukdomsperioden (Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024; Wyatt m.fl., 2015). Detta påverkade relationen mellan den närstående och kvinnan, där den närstående i flera fall intog en vårdande roll (Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024; Wyatt m.fl., 2015). Närstående beskrev även hur de agerade som förespråkare för kvinnan i kontakten med vården (Roxburgh m.fl., 2025):

She (healthcare professional from crisis team) said...I got your wife booked for Tuesday. And I said, no... this is something that needs to be treated for immediately, so I would really appreciate if she was seen today. And actually the same day at around 12, we had...a psychiatric consultant and mental health nurse coming in (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1411).

Närstående fungerade både som emotionellt och praktiskt stöd för kvinnan under sjukdomsförloppet. Samtidigt hade närstående själva behov av stöd för att kunna hantera situationen och återhämta sig (Doucet m.fl., 2012; Holford m.fl., 2018; Wyatt m.fl., 2015):

The thought of being a father was going to be tough and then you have that on top of it. Your world comes crashing down all around you. Looking back now you kind of think I don't know how I got through that (Holford m.fl., 2018, s. 5).

Närstående kunde stödja kvinnan i hennes roll som mamma samtidigt som de tog ansvar för barnets säkerhet (Wass m.fl., 2024). Samtidigt framkom känslor av att ha brustit i sitt ansvar gentemot kvinnan samt en vilja att stötta henne genom sjukdomsperioden (Holford m.fl., 2018).

I suppose just feeling negative... that I let [the mother] down, when I should have been...[partner paused] (Holford m.fl., 2018, s. 6).

Närstående uttryckte tacksamhet över det stöd de erhöll från familj och vänner, vilket framstod som avgörande i deras situation (Boddy m.fl., 2017; Doucet m.fl., 2012; Wyatt m.fl., 2015). Det ökade stödet från det sociala nätverket kan ha bidragit till att minska den upplevda belastningen av att ensam bära ett överväldigande ansvar:

It was a logistical nightmare...my mum's only a 10 min walk down the road now 'cause she moved to help with everything that happened (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1417).

Samtidigt kunde närstående uppleva att omgivningen inte fullt ut förstod allvaret i situationen och kunde förminska problemets omfattning (Doucet m.fl., 2012). Närståendes upplevelser tycks därmed ha präglats av ett omfattande och ofta överväldigande ansvar, där de samtidigt förväntades hantera oro för barnets säkerhet, stödja den drabbade kvinnan och navigera i en osäker vårdsituation. Detta kan även ses ha bidragit till känslor av maktlöshet och ensamhet hos närstående, särskilt när deras behov av stöd inte uppmärksammades.

#### **5.2.4 Att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdsituationen**

Närstående till kvinnor som insjuknat i postpartumpsykos beskriver en komplex och emotionellt påfrestande situation. I mötet med vården framträder särskilt känslor av skuld, hjälplöshet och maktlöshet, där närstående upplever att deras oro inte tas på allvar av vårdpersonal (Boddy m.fl., 2017; Doucet m.fl., 2012; Engqvist & Nilsson, 2013a; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025). Detta förstås ha bidragit till känslor av att förlora kontroll eller att känna sig otillräcklig. Detta kunde uttryckas som:

I felt like she was just sort of, labelled a crazy lady in A&E, that's, that's how I felt, and I felt like I was screaming and nobody was listening to me (Forde m.fl., 2019, s. 6).

But I had no control on the situation, no input into it. I was just holding the sick bowl (Holford m.fl., 2018, s. 4).

Kvinnor beskrevs inte få träffa sitt barn, till följd av insjuknandet. Vidare framgår att även de närståendes möjlighet att träffa kvinnan var begränsad under denna period, då detta inte medgavs av vårdpersonalen (Doucet m.fl., 2012), vilket ytterligare kan ha förstärkt känslan av maktlöshet och brist på delaktighet och därmed känslor av förlorad kontroll. Maktlösheten var även kopplad till osäkerhet kring sjukdomens förlopp och hur den drabbade kvinnan bäst kunde stöttas (Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025). Känslor av skuld, skam, förvirring och rädsla var också framträdande i närståendes berättelser. Dessa känslor relaterades till upplevelsen av att ha varit otillräcklig i sitt stöd gentemot kvinnan i samband med sjukdomen (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018):

...there is a huge amount of guilt I felt that I had pushed her into going out and things like that... because I'd been told to. But actually that didn't help her at all and I felt masses amount of guilt (Holford m.fl., 2018, s. 6).

Skam kunde också uppstå i relation till omgivningen, där närstående upplevde svårigheter att berätta sin situation för andra. Samtidigt framkom att försök att förstå orsakerna till insjuknandet kunde fungera som en strategi för att återfå kontroll, men också riskerade att förstärka skuldkänslor och skuldbeläggning av både sig själva och andra (Boddy m.fl., 2017). Sammantaget framträder en situation där närstående förlorade kontroll i en vårdsituation där deras möjlighet att vara delaktiga var begränsad. I kombination med osäkerhet kring sjukdomens förlopp ställdes de inför krav att hantera situationen utan att ha tillräcklig förståelse eller möjlighet att påverka den. Upplevelsen av att känna sig otillräcklig tycks därmed inte bara handla om den egna förmågan, utan samverkar med exkludering, vilket ses bidra till känslor av maktlöshet.

#### **5.2.5 Att omforma relationer, identitet och mening**

Närstående till kvinnor som insjuknat i postpartumpsykos beskriver att sjukdomen haft en inverkan på relationen till den drabbade kvinnan (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024; Wyatt m.fl., 2015). Under sjukdomsförloppet kunde

närstående exempelvis uppleva sig som passiva åskådare, vilket bidrog till känslor av ensamhet och distans i relationen (Boddy m.fl., 2017). Samtidigt framkommer att närstående upplevde att relationen till kvinnan på sikt stärktes genom den gemensamma erfarenheten (Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Wass m.fl., 2024; Wyatt m.fl., 2015). Även relationen till det nyfödda barnet beskrevs positivt där ett anknytningsband kunde formas (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018; Wyatt m.fl., 2015):

I guess in some ways, we've... come out a bit stronger as well, you know there are some positives you can take from it as well. We've lived through something and dealt with it as a couple, that a lot of people maybe haven't or couldn't so, you know it has, a small, you know positive in it (Forde m.fl., 2019, s. 9).

Vidare framkom att gemensam terapi kunde fungera som en stödjande resurs i att bearbeta upplevelsen och återuppbygga relationen (Forde m.fl., 2019; Roxburgh m.fl., 2025; Wyatt m.fl., 2015). Samtidigt beskrev närstående en kvarstående osäkerhet inför framtiden, särskilt i relation till att skaffa fler barn, där erfarenheten av postpartumpsykos kunde ge upphov till rädsla för återinsjuknande och en ökad medvetenhet om den långvariga påverkan på familjelivet (Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018):

It lives with you... for a long time, and then obviously we're thinking you know, potentially about more kids, and then well, is it going to come back and you know, so, it affects more than just you're ill and you get better from it... you've got to deal with this for the rest of your life (Forde m.fl., 2019, s. 11).

Närståendes upplevelser präglades också av känslor av förlust (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018; Wyatt m.fl., 2015). Denna förlust omfattade såväl relationella som existentiella aspekter, där närstående beskrev en upplevelse av att förlora sin partner samtidigt som de gick miste om den första tiden med barnet. Närstående kunde uppleva separationen från kvinnan och barnet i samband med inläggning på MBU, samt begränsade möjligheter till närhet, som påfrestande (Holford m.fl., 2018):

Essentially, I had gained a child on one day and lost my partner on the next day (Holford m.fl., 2018, s. 4).

Förlusten innefattade även en känsla av att livet stannade upp och att framtiden blev osäker. Detta försvårade anpassningen till nya familjeroller under pågående vård (Boddy m.fl., 2017; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025).

I'm in a situation where my wife is in the adult psychiatric ward. I have a 5 month baby to look after. I'm unable to go to work. I don't have any childcare in place. It's way too expensive...I requested social services to help me...I'm in a situation neither I'm able to go to work, neither am I getting childcare, neither am I getting an MBU...I had a breakdown, what do I do? (Roxburgh m.fl., 2025, s. 1417).

Närstående beskrev även en tid av bearbetning och återhämtning med reflektion över det inträffade. Trots den initiala krisen kunde närstående uppleva en känsla av tacksamhet över att utfallet inte blev mer allvarligt:

I, I just think in the grand scheme of things that we, we were, as terrible as it was, and it could have been a lot better, we are lucky that, you know xx made a full recovery, and that, you know, nothing, nothing detrimental happened to her or any of the children (Forde m.fl., 2019, s. 9).

Det framkommer också hur närstående aktivt försökte skapa mening i det som inträffat (Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Wass m.fl., 2024). Detta framstod som en betydelsefull del av bearbetningsprocessen, där erfarenheten integrerades i den egna livsberättelsen. För vissa innebar detta en omvärdering av prioriteringar och livsperspektiv. Det framkom också att humor kunde användas som en strategi för att hantera och skapa begriplighet i en annars svår situation:

I was trying to make her see the funny side of it. Trying to use humour, as I do in most things in life, to try and make sense of it (Wass m.fl., 2024, s. 289).

I've always said that it has got better. It's got stronger, that sounds really odd... I always say that we are actually stronger for it. These things make you feel stronger, I guess... My focus used to be very different. I used to be quite career driven... whereas now I'm like it's just get through the day, get home. I use to work 90% of this time. Whereas now I'm out the door at one minute past five (Holford m.fl., 2018, s. 7).

Situationer där närstående inkluderades i vården uppfattades som särskilt betydelsefulla. När de fick information, stöd och bekräftelse från vårdpersonal upplevdes detta som centralt för både deras egen situation och kvinnans återhämtning (Holford m.fl., 2018; Wyatt m.fl., 2015). Särskilt framträdande var erfarenheter av specialiserade vårdformer såsom MBU, vilka beskrevs av närstående som en viktig resurs (Boddy m.fl., 2017; Forde m.fl., 2019; Holford m.fl., 2018; Roxburgh m.fl., 2025; Wass m.fl., 2024):

...those places [MBU] are a lifesaver, because if you are not in that specialism no one else can really understand (Holford m.fl., 2018, s. 7).

Dessa enheter möjliggjorde inte bara ökad förståelse för tillståndet som kvinnan drabbats av. Närstående upplevde också att MBU var stödjande och kände att vårdformen bidrog till ökad tillgänglighet hos vårdpersonalen och stärkt delaktighet.

Erm, so we just really all sort of, muddled through, doing the best we could just trying to be as supportive as we could, and, talking amongst ourselves, helping each other. We did find, once we did get to the Mother and Baby unit that that was much better because, there was, you could always find somebody you could have a little chat to, and you could do it unobtrusively sort of thing (Forde m.fl., 2019, s. 8).

Närstående beskrev även att erfarenheten kring att ha upplevt svår psykisk ohälsa i ens nära krets, bidrog till en ökad förståelse kring psykisk ohälsa i stort (Boddy m.fl., 2017).

Närstående sökte också ny mening och förståelse för insjuknandet (Forde m.fl., 2019):

If something positive can come out of it, it's, it's done good, hasn't it, if, you know, she's not gone through it in vain (Forde m.fl., 2019, s. 12).

Sammantaget sågs närståendes upplevelser som en process där relationer, identitet och mening förändrades och omvandlades över tid. Den initiala krisen präglades av förlust och osäkerhet, vilket kan förstås ha bidragit till känslor av maktlöshet, då närstående saknade möjlighet att påverka situationen. I senare faser innebar processen bearbetning, anpassning och försök att skapa mening i det som inträffat. Denna process innefattade både negativa och positiva känslor, där erfarenheten innebar kvarstående sårbarhet och en fördjupad förståelse för relationer och livet i stort.

## 6 DISKUSSION

Nedan presenteras en resultatdiskussion utifrån denna litteraturoversikts resultat, följt av en metoddiskussion kring vald metod samt en etisk diskussion. Dessa avsnitt syftar till att granska och fördjupa förståelsen av studiens resultat, belysa metodologiska styrkor och begränsningar samt till att lyfta relevanta etiska aspekter.

### 6.1 Resultatdiskussion

I denna litteraturoversikt har Tidvattenmodellen (Barker, 2003; Barker & Buchanan-Barker, 2026) använts som teoretisk referensram för att fördjupa förståelsen av närståendes upplevelser i samband med postpartumpsykos. Även om modellen traditionellt sett används för personer som drabbats av psykisk ohälsa, kan Tidvattenmodellen även förstås utifrån närståendes perspektiv där närstående är drabbade av kvinnans psykiska ohälsa. I denna diskussion är studiens metaforer markerade med kursiverad, fet text, för tydlighet. Resultatet i denna litteraturoversikt visar att närståendes upplevelser präglades av känslor av **maktlöshet**, vilket är litteraturoversiktens huvudmetafor. Denna maktlöshet ses genomgående i samtliga metaforer och kan förstås som ett uttryck för att närstående ställs inför svåra livsproblem där förståelse och kontroll är begränsad. Utifrån Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026) kan detta tolkas som att även närstående påverkas av den kris som kvinnans insjuknande innebär, där de närståendes livsvärld sätts ur balans.

### 6.1.1 *Att dras in i ett akut livsproblem*

Det framkommer i föreliggande resultat att närstående **dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp**. Det akuta insjuknandet kan förstås rubba närståendes upplevelse av trygghet, kontroll och förutsägbarhet i tillvaron, samtidigt som tidigare roller och relationer förändras hastigt under en redan sårbar livsperiod präglad av omställningen till föräldraskap. En rollförskjutning kan också ses där närstående går från att vara partner eller familjemedlem till att bli vårdgivare där närstående förväntas agera emotionellt stöd, handha praktiskt ansvar samt oro för kvinnans och barnets säkerhet.

Detta kan relateras till tidigare forskning där postpartumpsykos beskrivs ha ett snabbt insjuknande med allvarliga psykotiska symtom. Den snabba debut som kännetecknar tillståndet, i kombination med en ofta ospecifik prodromalfas (Friedman m.fl., 2023; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024), kan bidra till att både kvinnor och närstående har svårt att tolka tidiga tecken.

Då information kring postpartumpsykos främst ges vid riskfaktorer hos kvinnor, inom mödravården i Sverige (Region Stockholm, Mödrahälsovårdsenheten, 2026), kan detta bidra till ytterligare svårigheter till att tolka tidiga symtom för både kvinnor och närstående. Då barnmorskan ofta är den första vårdkontakten för den gravida kvinnan och hennes närstående i vårdförloppet, får barnmorskans kunskap och informationsgivning stor betydelse för det preventiva arbetet kring postpartumpsykos.

Utifrån Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026) kan det akuta insjuknandet förstås som att närståendes egna livsproblem förstärks i takt med att de tvingas inta en vårdande roll. Detta påverkar även relationen mellan de närstående och kvinnan och ses bidra till en förändring i relationen, där ömsesidighet i relationen tillfälligt går förlorad och närstående i stället behöver inta ett större ansvar för både omsorg och säkerhet.

Resultatet i denna litteraturöversikt indikerar därmed ett behov av att rutinmässigt inkludera information om postpartumpsykos inom mödrahälsovården och inom förlossningsvården, även i frånvaro av identifierade riskfaktorer. Rutinmässig information om postpartumpsykos skulle kunna underlätta identifiering av tidiga symtom och därmed bidra till ökad beredskap hos både kvinnor och närstående.

### 6.1.2 *När broar inte byggs i vården*

I denna litteraturöversikts resultat framkommer att närstående hade genomgående upplevelser av **att exkluderas från vården och navigera i okunskap**. Detta förstås som att närstående upplevde bristande kunskap om postpartumpsykos samtidigt som de hade begränsad tillgång till information och delaktighet i vården.

Detta ligger i linje med tidigare forskning där närstående beskriver bristande inkludering i vården samt ett behov av stöd (Lyons m.fl., 2024; Friedman m.fl., 2023), samtidigt som närstående ofta har begränsad kunskap om psykisk ohälsa postpartum (Atkinson m.fl., 2021; Mayers m.fl., 2020). Tidigare forskning visar att bristande stöd och information från

sjukvården även bidrar till ökad osäkerhet och en förvärrad sjukdomsupplevelse hos kvinnor som drabbats av postpartumpsykos. Kvinnor beskriver också att närstående har behov av stöd från vården, samt att hela familjen bör inkluderas i vården (Heron m.fl., 2012; Roxburgh m.fl., 2023).

Detta tycks kunna bidra till att kvinnors stress ökar ytterligare, relaterat till ökat ansvar även för närståendes välbefinnande, trots att de själva befinner sig i en svårt psykologiskt belastande situation. Närstående kan i sin tur också förstås uppleva ytterligare stress, då bristande stöd och information från vården gentemot kvinnan även påverkar *deras* situation. Detta kan förstås som en *negativ spiral* där varken kvinnor eller närstående upplever tillräcklig inkludering, stöd eller tillgång till information, samtidigt som de känner ansvar gentemot varandra. I föreliggande resultat framstår det som att närstående inte ges möjlighet att vara den resurs de annars skulle kunna utgöra för den utsatta kvinnan, men också för vården.

I denna litteraturöversikts resultat framkommer även att närstående blir exkluderade från vården med hänvisning till sekretess, utan att det tydligt framgår huruvida detta överensstämmer med kvinnans vilja. Då forskning visar att postpartumpsykos är ett tillstånd där kvinnan kan utveckla vanföreställningar, hallucinationer och desorganiserat beteende (Bergink m.fl., 2025; Friedman m.fl., 2023; Jairaj m.fl., 2023; Toor m.fl., 2024) aktualiseras en etisk frågeställning kring i vilken utsträckning närstående ändå kan involveras, även i de fall kvinnans beslutsförmåga är nedsatt.

Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatri, är specialistsjuksköterskan ansvarig för att i samarbete med närstående och patienter, planera, genomföra och följa upp omvårdnadsinsatser. Specialistsjuksköterskan ska därmed uppmärksamma närståendes behov och situation (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2024). Samtidigt framkommer också i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlagen (SFS 2014:821) att närstående ska göras delaktiga i vården, i den omfattning kvinnan samtycker. Detta synliggör en komplex balans mellan kvinnans autonomi och närståendes behov av delaktighet och stöd i en situation där hela familjen påverkas av sjukdomen.

I relation till Tidvattenmodellen framkommer därmed i denna litteraturöversikts resultat en avsaknad av brobyggande (Barker & Buchanan-Barker, 2026). Brobyggande innebär att vårdpersonal aktivt arbetar för att göra personen delaktig i vårdprocessen genom att försöka förstå personen i dess upplevelse av lidande. Genom brobyggande kan ett partnerskap etableras mellan vårdpersonal och närstående, vilket kan bidra till ökad delaktighet, minskad osäkerhet och bättre förutsättningar att hantera den akuta livssituation som postpartumpsykos innebär. Avsaknaden av brobyggande kan därmed förstås bidra till att närstående lämnas ensamma i att hantera ett komplext och emotionellt belastande sjukdomsförlopp, utan möjlighet att utveckla ett fungerande samarbete med vården.

Mot bakgrund av det, finns möjligheter för psykiatrisjuksköterskan inom psykiatrisk vård att ändå ge generellt stöd och information till närstående kring postpartumpsykos, utan att bryta sekretessen. Detta för att synliggöra närstående som egna personer, bortom den drabbade kvinnan, med egna behov av stöd och omsorg i en svår livssituation. Utifrån den identifierade bristen av brobyggande i resultatet, framträder behovet av ett mer aktivt arbete för att inkludera närstående i vården. Genom brobyggande kan ett partnerskap etableras mellan vårdpersonal och den närstående.

### **6.1.3 Avsaknad av partnerskap**

Det framkommer i föreliggande resultat att närstående **bär ett överväldigande ansvar** för kvinnans vård, hälsa och för barnet, där närstående upplever en rädsla och oro över barnets säkerhet och liv, som ett resultat av kvinnans försämrade tillstånd. Detta kan förstås som en konsekvens av att närstående ställs inför en situation där kvinnans beteende framstår som oförutsägbart och potentiellt livshotande. I takt med att kvinnans omsorgsförmåga avtar förskjuts ansvaret till de närstående, vilket skapar en situation där de tvingas agera utan tillräcklig kunskap eller stöd från vården, samtidigt som de också saknar kunskap om tillståndet. Detta kan förstås som att närståendes ansvar ökar, samtidigt som deras faktiska möjlighet att förstå och kontrollera situationen är begränsad.

Tidigare forskning stödjer föreliggande resultat och visar att närstående inom psykiatrisk vård ofta har begränsad kunskap om psykisk sjukdom vilket kan påverka deras möjlighet att känna trygghet och delaktighet. Närstående beskrivs även kunna uppleva hög emotionell belastning och utmattning när ansvar för vård och säkerhet förskjuts till familjen utan tillräckligt stöd från vården. Vidare framkommer att bristande kommunikation och begränsade möjligheter till delaktighet utgör betydande hinder för familjers involvering i psykiatrisk vård (Dehbozorgi m.fl., 2022).

Genom Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026) kan detta relateras till begreppet partnerskap och principen där vårdaren "vårdar med" i stället för att "tar hand om". Detta innebär att vården utformas genom dialog och samförstånd mellan vårdpersonal och patient (Barker, 2003), snarare än att ensidigt styras av vårdpersonalen. I denna litteraturoversikt resultat framstår det dock som att vården har präglats av att vårdaren "tar hand om" i stället för att vårdaren "vårdar med". När närstående inte ges möjlighet till delaktighet, inkludering och information kan detta förstås som att ett partnerskap inte etablerats.

Avsaknaden av partnerskap innebär att ansvar förskjutits till närstående, som inte fått motsvarande stöd från vården. Detta kan förstås få konsekvenser för närstående, då de fungerat som vårdgivare för den drabbade kvinnan, samtidigt som de saknat de resurser och den kunskap som det krävs för att känna sig kapabla i rollen. Föreliggande resultat tyder därmed på att vården riskerar att förstärka närståendes upplevelser av maktlöshet genom att ansvar överförs utan motsvarande stöd, delaktighet eller vägledning.

#### 6.1.4 **Att inte uppleva sig som kapabel vid livsproblem**

Resultatet i denna litteraturöversikt visar fortsatt att närstående upplevde en betydande emotionell belastning där de **förlorade kontroll och kände sig otillräckliga i vårdssituationen**. Dessa upplevelser innebar svåra känslor så som skuld, skam rädsla och hjälplöshet. Närstående beskrev att kvinnan inte fick träffa sitt barn och att kontakten mellan kvinnan och närstående begränsades av vårdpersonalen, vilket kan ha bidragit till upplevelsen av att förlora kontroll. Närstående upplevde även att de varit ett otillräckligt stöd till kvinnan under sjukdomsperioden, vilket ytterligare tycks ha förstärkt känslor av skuld och otillräcklighet. Närstående tycks därmed inte enbart förlora kontroll över situationen, utan även över sin egen förmåga att förstå, agera och skydda kvinnan och barnet, vilket kan ha påverkat deras upplevelse av sig själva som kapabla personer.

Detta ligger i linje med tidigare forskning som beskriver närståendes situation som psykiskt påfrestande vid postpartumpsykos (Friedman m.fl., 2023; Lyons m.fl., 2024), samt med Socialstyrelsens (2013) beskrivning av närstående som indirekt drabbade av sjukdom. Samtidigt fördjupar föreliggande resultat denna förståelse genom att synliggöra hur dessa känslor är nära sammankopplade med upplevelser av maktlöshet i samband med kvinnans insjuknande i postpartumpsykos.

Genom Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026) kan dessa upplevelser förstås utifrån närståendes förmåga att hantera livsproblem. När närstående saknar möjlighet att förstå, påverka och hantera sin situation kan detta förstås som att de inte ges tillräckliga förutsättningar av vården att känna sig kapabla, vilket kan innebära en förlust av ”känslan av själv”. Förlusten av kontroll kan därmed förstås påverka närståendes upplevelse av sig själva som trygga, kapabla och stödjande personer. Genom att hjälpa närstående att återta ”känslan av själv” kan deras tilltro till den egna förmågan att hantera svåra livsproblem stärkas. När närståendes berättelser och upplevelser inte ges utrymme inom vården riskerar deras lidande att osynliggöras, vilket kan försvåra möjligheten att återfå kontroll och ytterligare förstärka känslor av maktlöshet.

I Tidvattenmodellen (Buchanan-Barker & Barker, 2024) beskrivs hur vårdaren kan hjälpa den drabbade personen att hjälpa sig själv att återta kontroll. Detta förutsätter dock att personens upplevelse och berättelse synliggörs och tas på allvar inom vården. I relation till föreliggande resultat ses att närstående inte ges möjlighet att uttrycka sina upplevelser eller få stöd i att hantera sina livsproblem, vilket inneburit att de inte givits förutsättningar att själva återta kontroll i en kaotisk situation. Förlusten av kontroll tycks därmed inte enbart handla om situationen i sig, utan även om en osäkerhet kring den egna förmågan att vara en stödjande närstående.

#### 6.1.5 **Att återta berättelsen**

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att närståendes upplevelser präglades av en process där **relationer, identitet och mening successivt omformades**. Närstående beskrev känslor av förlust där inte enbart relationen till kvinnan förändrades, utan även den förväntade tiden med det nyfödda barnet upplevdes gå förlorad. Detta kan ses som en

existentiell förlust, där tidigare tankar om familjeliv och framtid förändrades, där de successivt försökte skapa mening i en förändrad livssituation.

Familjeorienterade vårdformer, såsom MBU, framstår i föreliggande resultat som särskilt betydelsefulla. Detta ligger i linje med tidigare forskning som visar att MBU främjar återhämtning och anknytning till barnet hos kvinnor som drabbats av postpartumpsykos (Connellan m.fl., 2017; Roxburgh m.fl., 2023; Sanadi m.fl., 2026). Tidigare forskning om MBU har dock främst fokuserat på kvinnan och relationen mellan kvinnan och barnet, medan forskning om närståendes upplevelser är mer begränsad (Connellan m.fl., 2017). Denna litteraturöversikts resultat fördjupar därmed tidigare kunskap genom att synliggöra att dessa vårdformer även har stor betydelse för närstående, då de kan möjliggöra delaktighet, information och stöd.

Samtidigt visar analysen att närståendes upplevelser av MBU varierade, även om närståendes upplevelser av MBU tycks ha varit övervägande positiva. Variationer i möjligheten för närstående att exempelvis vistas på avdelningen eller övernatta tillsammans med kvinnan och barnet skulle potentiellt ha kunnat påverka hur inkluderade närstående upplevde sig i vården. Enligt exempelvis Royal College of Psychiatrists (u.å.) erbjuds stöd både till kvinnan och närstående. Närstående får stöd i att förstå behandling och sjukdomstillstånd men erhåller ingen specifik information om kvinnan utan hennes medgivande. Närstående vårdas heller i regel inte inläggande, men uppmuntras att besöka kvinnan där mer flexibla besökstider erbjuds.

Detta påvisas även i Connellan m.fl. (2017), som beskriver att organiseringen av MBU varierar mellan olika verksamheter och länder, vilket kan bidra till skillnader i hur närstående inkluderas och ges möjlighet till delaktighet i vården. Begränsad fysisk och relationell närvaro kan därmed förstås riskera att förstärka känslor av exkludering och maktlöshet, trots att vården bedrivs inom ramen för en familjeorienterad vårdform. Föreliggande resultat tyder därmed på att familjeorienterad vård inte enbart handlar om vårdformens struktur, utan även om i vilken utsträckning närstående ges möjlighet till faktisk delaktighet, kontinuitet och stöd genom hela vårdprocessen och där de kan förstås som ”sekundära patienter” (Laryionava m.fl., 2018).

I relation till Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026) kan det ses i föreliggande resultat att närstående försökte skapa mening i en förändrad livssituation och att återta sin egen berättelse. Inom Tidvattenmodellen kan även begreppet ”återtagande” med fördel användas, då återhämtning kan antyda att personen uppnått ett slutmål. Modellen betonar i stället att återhämtning är en ständigt föränderlig process utan ett tydligt slut. Att återta berättelsen kan därmed förstås som en process där närstående successivt försöker integrera erfarenheten av postpartumpsykos i förståelsen av sig själva, i relationen till kvinnan och till framtiden.

Föreliggande resultat visar samtidigt att denna process präglas av kvarstående sårbarhet och osäkerhet. Närstående beskriver exempelvis fortsatt oro för återinsjuknande och osäkerhet inför att skaffa fler barn, vilket synliggör att återtagandet av berättelsen sker med en fortsatt

medvetenhet om livets oförutsägbarhet och med kvarstående behov av uppföljning och information från vården.

Vidare visar resultatet i denna litteraturöversikt att relationen mellan kvinnan och den närstående inte enbart försämras utan även kan stärkas genom den gemensamma bearbetningen av erfarenheten. Detta kan förstås som att närstående successivt återtar sin berättelse genom att försöka skapa ny mening och hanterbarhet i en förändrad livssituation. Samtidigt framstår återtagandet av berättelsen inte som en återgång till livet före insjuknandet, utan som en pågående process där erfarenheter av förlust, maktlöshet och osäkerhet fortsatt behöver hanteras i vardagen. Möjligheten att återta berättelsen tycks därmed vara kopplad till i vilken utsträckning närstående ges möjlighet till delaktighet och stöd under hela vårdprocessen.

MBU tycks därmed inte per automatik möjliggöra Tidvattenmodellens principer om brobyggande och partnerskap, utan detta verkar vara beroende av hur vården aktivt arbetar för att inkludera närstående. Resultatet synliggör därmed vikten av att inte enbart betrakta närstående som en resurs för den drabbade kvinnan, utan som personer med egna behov av stöd, delaktighet och omsorg. Genom att arbeta utifrån ett partnerskap kan vården skapa förutsättningar för närstående att återfå känslan av kontroll och uppleva sig som kapabla i situationen. Resultatet tyder därmed på att närståendes återtagande av berättelsen inte handlar om att återgå till livet före postpartumpsykosen, utan om att skapa ny mening och hanterbarhet i en ny tillvaro med stöd från vården.

## **6.2 Metoddiskussion**

Trovärdighet i kvalitativ forskning kan förstås som ett övergripande begrepp som innefattar flera aspekter, såsom giltighet, pålitlighet och överförbarhet (Polit & Beck, 2021). Nedan diskuteras dessa aspekter i relation till denna litteraturöversikt.

### **6.2.1 Giltighet**

Giltigheten innebär i vilken utsträckning studiens resultat framstår som rimliga och välgrundade i relation till det analyserade materialet (Polit & Beck, 2021). I denna studie har giltigheten stärkts genom en systematisk och iterativ analysprocess i enlighet med metaetnografins faser (Noblit & Hare, 1988). De inkluderade studierna har lästs upprepade gånger och analyserats i relation till varandra, vilket möjliggjort en fördjupad förståelse av innehållet. Samtliga inkluderade studier har en kvalitativ ansats, vilket är i linje med studiens syfte och bidrar till att belysa fenomenet ur närståendes perspektiv (Polit & Beck, 2021). Metaetnografi bedömdes vara en lämplig metod i relation till litteraturöversiktens syfte, då metoden enligt Noblit och Hare (1988) möjliggör en tolkande syntes av kvalitativa studier och därmed en fördjupad förståelse av närståendes upplevelser vid postpartumpsykos.

Samtidigt innebär användningen av redan publicerade studier att litteraturöversiktens resultat är beroende av kvaliteten i de ursprungliga studiernas datainsamling och analys.

Även om samtliga studier bedömdes ha obetydliga eller mindre brister (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022) skulle skillnader i exempelvis intervjumetoder, forskarnas förförståelse och deltagarnas möjlighet att uttrycka sina erfarenheter ha kunnat påverka resultatets djup och nyansering.

En alternativ metod hade kunnat vara en integrativ litteraturöversikt. En integrativ litteraturöversikt möjliggör inkludering av både kvalitativa och kvantitativa studier och hade därmed kunnat bidra till en bredare förståelse av fenomenet (Whittemore & Knafl, 2005). Denna metod övervägdes initialt, men bedömdes mindre lämplig då studiens syfte var att fördjupa förståelsen av närståendes upplevelser av postpartumpsykos snarare än att sammanställa olika typer av data. En integrativ litteraturöversikt hade sannolikt resulterat i en bredare men mindre djupgående analys av upplevelsena. Metaetnografi valdes därför eftersom metoden möjliggjorde en mer tolkande analys där nya förståelser kan utvecklas genom att studiernas resultat översätts till varandra (Noblit & Hare, 1988). Valet av metaetnografi bedömdes därmed vara mest förenligt med denna litteraturöversikts syfte.

Analysen har genomförts gemensamt av båda författarna, där tolkningar kontinuerligt har diskuterats och problematiserats. Detta har bidragit till att flera perspektiv kunnat beaktas och minskat risken för ensidiga tolkningar. Som studenter finns en medvetenhet om att begränsad erfarenhet kan påverka analysens kvalitet, vilket också lyfts av Kjellström (2017). För att hantera detta har metoden enligt Noblit och Hare (1988) följts och handledning använts, vilket stärker denna litteraturöversikts giltighet.

Efter avslutad analys identifierades ytterligare en relevant studie (Engqvist & Nilsson, 2014). Denna inkluderades dock inte i syntesen, då analysprocessen vid denna tidpunkt var slutförd. I enlighet med rekommendationer om transparens inom metaetnografi (France m.fl., 2019) valdes studien att exkluderas för att undvika att nya fynd anpassas till redan beskrivna tolkningar.

Reflexivitet har beaktats genom att författarnas förförståelse kontinuerligt har synliggjorts och reflekterats över under analysprocessen (Thornberg & Fejes, 2024). Författarna har olika professionella bakgrunder inom vården, vilket har möjliggjort en bredd i tolkningen av materialet. Den ena författaren är barnmorska verksam inom allmänpsykiatri med erfarenhet av att möta kvinnor som drabbats av postpartumpsykos, medan den andra är ambulanssjusköterska och möter denna patientgrupp i begränsad omfattning.

Dessa skilda erfarenheter har använts som en resurs i analysen genom att bidra till olika perspektiv, samtidigt som de aktivt har reflekterats över för att inte styra tolkningen. Särskild uppmärksamhet har riktats mot förförståelse kopplad till närståendes involvering i vården, där båda författarna har begränsad erfarenhet. Genom att kontinuerligt medvetandegöra och reflektera över dessa erfarenheter har författarna strävat efter att stärka studiens giltighet.

### **6.2.2 Pålitlighet**

Pålitligheten i denna litteraturöversikt stärks genom ett systematiskt och transparent tillvägagångssätt i datainsamling och analys. Litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och APA PsycINFO, vilka täcker relevanta forskningsområden inom medicin, omvårdnad och psykologi. Sökstrategin utformades i samråd med bibliotekarie samt med stöd i metodlitteratur (Polit & Beck, 2021), vilket bidrog till ökad kvalitet.

Datainsamlingen genomfördes i flera steg där titlar och abstrakt först granskades, följt av fulltextgranskning utifrån tydligt definierade inklusions- och exklusionskriterier. Detta minskar risken för selektionsbias. Snöbollsurval användes som komplement för att identifiera ytterligare relevanta studier (Polit & Beck, 2021). Inga ytterligare studier identifierades, vilket kan indikera att majoriteten av relevanta artiklar har inkluderats, samtidigt som det inte helt kan uteslutas att vissa studier kan ha missats.

En begränsning är att dubletter identifierades manuellt i stället för genom automatiserade system, vilket rekommenderas i Polit och Beck (2021). Detta kan innebära en risk för att dubletter missas eller att artiklar felaktigt exkluderas till följd av författarnas egna bedömningar. Samtidigt möjliggjorde den manuella genomgången en noggrann och upprepad granskning av materialet, vilket kan ha bidragit till en ökad kännedom om de identifierade studierna och minskat risken för att relevanta artiklar förbises. Att snöbollsurvalet inte identifierade ytterligare relevanta studier kan även indikera att litteratursökningen varit tillräckligt omfattande.

De inkluderade studierna kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmall (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022), vilket möjliggjorde en strukturerad bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet. Samtliga studier bedömdes ha obetydliga eller mindre brister, vilket stärker denna litteraturöversikts pålitlighet. Analysprocessen har beskrivits utförligt, vilket bidrar till transparens och möjliggör för andra att följa tillvägagångssättet (Thornberg & Fejes, 2024). Språkbarriärer kan samtidigt utgöra en risk vid tolkning av engelskspråkiga artiklar, vilket kan påverka korrektheten i analysen (Kjellström, 2017).

Ytterligare en aspekt som kan påverka pålitligheten är att några av de inkluderade studierna bygger på retrospektiva beskrivningar av närståendes upplevelser av postpartumpsykos. Detta kan innebära en risk för minnesbias (Polit & Beck, 2021), då deltagarnas upplevelser återges i efterhand och kan påverkas av tid, bearbetning och nuvarande livssituation. Samtidigt kan retrospektiva intervjuer möjliggöra reflektion och ge deltagarna möjlighet att sätta ord på upplevelser som tidigare varit svåra att beskriva.

### **6.2.3 Överförbarhet**

Överförbarheten i en litteraturöversikt påverkas av ifall de inkluderade studierna är genomförda i olika länder och vårdkontexter (Polit & Beck, 2021). I denna litteraturöversikt är de inkluderade studierna genomförda i Sverige, Kanada och Storbritannien. Detta bidrar till en bredare och mer nyanserad förståelse av närståendes upplevelser och möjliggör att resultaten potentiellt kan vara relevanta i flera olika sammanhang. Samtidigt kan skillnader i

vårdens utformning, kulturella normer och synen på psykisk ohälsa påverka hur upplevelser av postpartumpsykos uttrycks och hanteras, vilket kan begränsa resultatens överförbarhet till andra kontexter.

Majoriteten av studierna som inkluderats i denna litteraturöversikt är dock genomförda i Storbritannien (n=6), vilket kan innebära att resultaten i högre grad speglar den brittiska vårdkontexten. Flera av studierna beskriver upplevelser av den specialiserade vårdformen MBU, vilket kan påverka överförbarheten till svenska förhållanden då tillgång till liknande vårdformer skiljer sig mellan Storbritannien och Sverige. Även om det finns en verksamhet i Sverige som bedriver familjesamvård med liknande arbets sätt är denna vårdform betydligt mindre etablerad än i Storbritannien, vilket kan påverka hur resultatet kan överföras till svensk kontext.

Överförbarheten kan även begränsas av att endast studier publicerade på engelska inkluderades, vilket kan ha exkluderat relevanta perspektiv från andra språkliga och kulturella sammanhang. Samtidigt tycks forskningsområdet vara begränsat, vilket kan innebära att antalet tillgängliga studier om närståendes upplevelser av postpartumpsykos är få. Dock var engelska en nödvändig begränsning då författarna inte behärskar andra språk än svenska och engelska, och risken för feltolkning av materialet blir hög och kan påverka analysen. Att snöbollsurvalet inte identifierade ytterligare relevanta studier kan stärka antagandet att litteratursökningen varit tillräckligt omfattande.

Det relativt begränsade antalet inkluderade studier (n=8) kan också påverka överförbarheten. Detta är dock förenligt med metaetnografins fokus på djup snarare än bredd (Noblit & Hare, 1988), där ett mindre antal studier möjliggör en mer tolkande och fördjupad analys.

### **6.3 Etisk diskussion**

De etiska överväganden som gjorts i denna litteraturöversikt bedöms vara relevanta i förhållande till studiens syfte och metodval. Att inkludera artiklar som är etiskt granskade och godkända i enlighet med riktlinjer från Vetenskapsrådet (2017) stärker studiens etiska grund, då det säkerställer att primärstudierna har genomgått en prövning avseende deltagarskydd, informerat samtycke och konfidentialitet. Detta är särskilt viktigt eftersom studien berör ett känsligt område där både patienter och närstående kan befinna sig i utsatta situationer.

Trots att deltagarna i de inkluderade studierna redan är avidentifierade, kvarstår ett etiskt ansvar i hur deras berättelser återges. I Thornberg och Fejes (2024) framkommer att det är av stor vikt att citat och resultat presenteras på ett korrekt och respektfullt sätt, utan att förvränga innebörden. I en metaetnografisk analys, där tolkning är en central del (Noblit & Hare, 1988), finns alltid en risk att forskarnas egna perspektiv påverkar resultatet. Detta innebär att särskild försiktighet krävs för att inte omtolka deltagarnas upplevelser på ett sätt som kan upplevas som missvisande eller förminskande.

En viktig etisk aspekt rör även representation och risken för stigmatisering.

Postpartumpsykos är ett allvarligt psykisk tillstånd som kan omges av stigma, vilket även kan påverka närstående. Det är därför viktigt att framställningen av närståendes upplevelser sker nyanserat. Feltolkningar, tillsammans med begränsade metodologiska kunskaper, kan påverka en rättvis bedömning av de granskade studierna, vilket i sin tur kan riskera att bidra till stigmatisering, vilket enligt Kjellström (2017) utgör en etisk risk när man gör en litteraturbaserad studie. Författarna till denna litteraturöversikt, har tagit detta i beaktande under analysprocessen och vid framställning av resultatet.

Vid genomförandet av studier bör forskningsetiska principer om nytta och risk beaktas (Polit & Beck, 2021). Den potentiella nyttan med denna litteraturöversikt bedöms vara att synliggöra närståendes upplevelser, vilket kan bidra till ökad förståelse inom vården och i samhället. Detta kan i sin tur leda till förbättrat stöd och delaktighet för närstående. Samtidigt bedöms den direkta risken för deltagarna vara låg, eftersom studien bygger på redan publicerat material. En möjlig indirekt risk är att deltagare i originalstudierna inte känner igen sig i den syntes som presenteras, vilket skulle kunna upplevas som problematiskt. För att minska denna risk har analysprocessen genomförts med transparens (Thornberg & Fejes, 2024).

Den etiska risken med studien bedöms som låg, medan den potentiella nyttan bedöms som betydande. Genom att följa forskningsetiska riktlinjer, eftersträva transparens och visa respekt för de erfarenheter som återges har ambitionen varit att genomföra studien på ett etiskt ansvarsfullt sätt.

## 7 SLUTSATSER

Denna litteraturöversikt visar att närstående till kvinnor som drabbas av postpartumpsykos befinner sig i en svår och utsatt situation, präglad av genomgående upplevelser av maktlöshet. Upplevelserna kännetecknas av ett hastigt och svårbegripligt insjuknande, bristande kunskap och stöd från vården, känslor av att bära ett överväldigande ansvar, av att förlora kontroll och av otillräcklighet. Resultatet synliggör att närstående tenderar att exkluderas från vårdprocessen, trots att de har en betydande roll i att stödja den drabbade kvinnan och behov av egen omsorg. Brist på information och delaktighet bidrar till betydande emotionell belastning, vilket även kan påverka närståendes egen psykiska hälsa negativt. Samtidigt framkommer att närstående, över tid, kan utveckla strategier för att hantera situationen och skapa mening i det inträffade, även om en kvarstående sårbarhet inför framtiden kan bestå. Sammanfattningsvis understryker denna litteraturöversikt vikten av att betrakta närstående som aktiva deltagare i vården, snarare än enbart som stöd till den drabbade kvinnan. Genom att inkludera närstående och tillgodose deras behov av information, stöd och delaktighet kan både deras- och kvinnans återhämtning främjas.

## 8 KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet i denna litteraturöversikt synliggör ett behov av att i högre grad integrera ett familjeorienterat perspektiv inom psykiatrisk vård vid postpartumpsykos. Närstående bör tidigt uppmärksammas av vårdpersonal som en betydelsefull resurs, samtidigt som de erbjuds eget stöd, då deras välbefinnande är av stor vikt både för dem själva och för den drabbade kvinnans återhämtning.

Hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, har en betydande roll i att identifiera och möta närståendes behov. Detta innefattar att erbjuda individanpassad, kontinuerlig muntlig och skriftlig information om sjukdomstillståndet, dess förlopp och behandling, samt att möjliggöra delaktighet i vårdprocessen i den utsträckning patienten samtycker. Närstående bör även erbjudas en tydlig kontaktperson inom vården, vilket kan bidra till ökad trygghet, kontinuitet och tillgänglighet.

Resultatet belyser behovet av strukturerat stöd till närstående, exempelvis genom stödsamtal, psykoedukativa insatser och uppföljning. En aktiv inkludering av närstående i vården kan bidra till minskade känslor av maktlöshet och ökad känsla av kontroll, vilket i sin tur kan stärka deras förmåga att hantera situationen.

Resultatet synliggör även vikten av preventiva insatser inom mödrahälsovården och inom förlossningsvården. Barnmorskor har en betydelsefull roll i att tidigt identifiera riskfaktorer och tecken på psykisk ohälsa innan och efter förlossning, samt i att uppmärksamma närståendes behov av information och stöd. Tidig information och upptäckt kan bidra till snabbare vårdinsatser och ökad trygghet för hela familjen.

Ett behov ses också av mer gränsöverskridande vård och familjebaserad vård, där kvinnor som drabbats av psykisk ohälsa, kan vårdas tillsammans med sitt barn och med närstående. En möjlig utveckling skulle kunna vara att i högre grad integrera familjen i vården genom anpassade vårdmiljöer där både den drabbade kvinnan, barnet och närstående kan vistas tillsammans. Även om implementering av hela avdelningar med familjevård kan vara förenad med organisatoriska och resursmässiga utmaningar, skulle införandet av enskilda familjeorienterade patientrum inom den slutna psykiatriska vården i Sverige kunna utgöra ett genomförbart alternativ.

## 9 RESULTATET I ETT VIDARE SAMMANHANG

Resultatet visar att vårdformen MBU övervägande upplevs som betydelsefull för närstående vid postpartumpsykos. I en svensk kontext saknas dock i stor utsträckning motsvarande vårdform, då kvinnor vanligtvis vårdas inom slutna psykiatrisk vård separerade från sitt barn och sina närstående, bortsett från en avdelning i Stockholm, där familjesamvård bedrivs (Psykiatri Sydväst, 2024).

Denna problematik kring vården av kvinnor med postpartumpsykos i Sverige har även lyfts i en motion till riksdagen (Hannah, 2020). Denna skillnad påverkar familjens möjligheter till samvaro och delaktighet, vilket framträder som betydelsefullt i denna litteraturöversikts resultat. Även om viss kontakt med närstående kan förekomma inom svensk vård, exempelvis genom besök när patientens tillstånd tillåter, tycks möjligheten till kontinuerlig familjenärvaro vara begränsad.

I Sverige är familjesamvård inom psykiatrin vid postpartumpsykos fortfarande begränsad, där till synes enbart en verksamhet, erbjuder vård tillsammans som familj. Detta väcker frågor om jämlik tillgång till familjecentrerad psykiatrisk vård och om hur vården kan organiseras för att bättre möta hela familjens behov, oavsett bostadsort. Resultatet kan därmed förstås ur ett bredare samhälleligt perspektiv, där närståendes upplevelser och möjligheter till delaktighet kan påverkas av tillgången till familjecentrerad vård.

## **10 FÖRSLAG TILL FORTSATTA STUDIER**

Forskning kring närståendes upplevelser i samband med postpartumpsykos finns i begränsad omfattning. Framtida empiriska studier kan med fördel fokusera enskilt på närståendes upplevelser vid postpartumpsykos, samt hur stödinsatser till närstående kan utformas och implementeras inom psykiatrisk vård. Det finns även behov av longitudinella studier som följer närstående över tid, för att fördjupa förståelsen av återhämtningsprocessen och de långsiktiga konsekvenserna av att vara närstående vid postpartumpsykos.

Det finns även behov av forskning kring hur familjecentrerade vårdmodeller, såsom MBU, kan utvecklas och göras mer tillgängliga inom svensk psykiatrisk vård i hela Sverige. Slutligen framstår empiriska studier som belyser barnmorskors erfarenheter av att identifiera tidiga tecken på postpartumpsykos, både inom mödrahälsovård och på BB som relevanta. Detta då tidiga symtom kan vara svåra att upptäcka, vilket riskerar att fördröja adekvat vård, med risk för allvarliga utfall.

## **11 SAMARBETE MELLAN FÖRFATTARNA**

Arbetet har präglats av ett nära samarbete där båda författarna bidragit likvärdigt till studiens utformning, genomförande och färdigställande. Även om författarna initialt ansvarade för olika delar av skrivprocessen, har samtliga delar av uppsatsen genomgått gemensam bearbetning. Detta skedde genom att texterna kontinuerligt granskades, diskuterades och reviderades tillsammans.

I de fall då författarna arbetade enskilt skickades kontinuerligt text sinsemellan för att säkerställa en enhetlig struktur, ett konsekvent språkbruk och ett gemensamt innehåll. Samtliga delar av arbetet har således lästs igenom och redigerats av båda författarna, och har godkänts gemensamt. Litteratursökning, datainsamling, kvalitetsgranskning samt analys har genomförts helt gemensamt.

## **12 ANSVARFULLT ANVÄNDANDE AV GENERATIV AI**

AI har använts i denna litteraturöversikt som ett stöd i skrivprocessen. Användningen har inneburit hjälp med strukturering av text så som att förkorta redan skriven text, förslag på tydligare formuleringar samt för översättning från engelska till svenska. Allt innehåll i denna litteraturöversikt har dock självständigt bearbetats, granskats och formulerats av författarna. Generativ AI har inte använts för datainsamling eller som källa. Användningen av AI har därmed skett i enlighet med gällande riktlinjer för Mälardalens universitet.

## REFERENSLISTA

Referenser markerade med asterisk avser studier som inkluderats i denna litteraturoversikt metaetnografiska syntes.

- Atkinson, J., Smith, V., Carroll, M., Sheaf, G., & Higgins, A. (2021). Perspectives of partners of mothers who experience mental distress in the postnatal period: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 93, Article 102868. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102868>
- Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 96–102. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00275.x>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2026). *Tidvattenmodellen – en vägledning för personal inom psykiatrisk vård* (N. Järvinen, övers.). Studentlitteratur. (Originalverk publicerat 2005).
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2010). Familj och sociala relationer. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: en specialutgåva för sjuksköterskor* (1 uppl., s. 108–128). Studentlitteratur.
- Benzein, E., Hagberg, M., Persson, C., Saveman, B.-I., & Syrén, S. (2023). *Att möta familjer inom vård och omsorg: En samtalsmodell på systemisk grund* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Bergink, V., Bouvy, P. F., Vervoort, J. S., Koorengel, K. M., Steegers, E. A., & Kushner, S. A. (2012). Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *The American Journal of Psychiatry*, 169(6), 609–615. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11071047>
- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016). Postpartum psychosis: Madness, mania, and melancholia in motherhood. *The American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1179–1188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Bergink, V., Akbarian, S., Byatt, N., Chandra, P. S., Cirino, N., Dazzan, P., De Witte, L., Di Florio, A., Dolman, C., Jones, I., Kamperman, A., Mahjani, B., Meltzer-Brody, S., Munk-Olsen, T., Nagle-Yang, S., Osborne, L. M., Rasgon, N., Robakis, T., Thippeswamy, H., Vigod, S. N., ... Payne, J. L. (2025). Postpartum psychosis and bipolar disorder: Review of neurobiology and expert consensus statement on classification. *Biological Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2025.10.016>

- \* Boddy, R., Gordon, C., MacCallum, F., & McGuinness, M. (2017). Men's experiences of having a partner who requires Mother and Baby Unit admission for first episode postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 399–409. <https://doi.org/10.1111/jan.13110>
- Brockington, I. (2017). Suicide and filicide in postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 63–69. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0675-8>
- Bränn, E., Guintivano, J., Yang, Y., Lundborg, L., Opatowski, M., Fang, F., Valdimarsdóttir, U. A., Fransson, E., Skalkidou, A., Lu, Y., & Lu, D. (2026). Maternal psychiatric disorders before, during, and after pregnancy: a national cohort study in Sweden. *Molecular Psychiatry*, 31(1), 309–317. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03212-9>
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2024). Tidal – upptäcktsresan. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa* (4 uppl., s. 85–103). Studentlitteratur.
- Bäckström, J., & Sahlberg, J. (2024). Närstående i psykiatrisk vård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa* (4 uppl., s. 375–394). Studentlitteratur.
- Chin, K., Wendt, A., Bennett, I. M., & Bhat, A. (2022). Suicide and maternal mortality. *Current Psychiatry Reports*, 24(4), 239–275. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>
- Connellan, K., Bartholomaeus, C., Due, C., & Riggs, D. W. (2017). A systematic review of research on psychiatric mother–baby units. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 373–388. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0718-9>
- Dehbozorgi, R., Fereidooni-Moghadam, M., Shahriari, M., & Moghimi-Sarani, E. (2022). Barriers to family involvement in the care of patients with chronic mental illnesses: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 995863. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.995863>
- Doucet, S., Jones, I., Letourneau, N., Dennis, C.-L., & Blackmore, E. R. (2011). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 89–98. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0199-6>
- \*Doucet, S., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(2), 236–245. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01329.x>
- Engqvist, I., Nilsson, A., Nilsson, K., & Sjöström, B. (2007). Strategies in caring for women with postpartum psychosis: An interview study with psychiatric nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00442>

- \*Engqvist, I., & Nilsson, K. (2013a). Experiences of the first days of postpartum psychosis: An interview study with women and next of kin in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(2), 82–89. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.723301>
- Engqvist, I., & Nilsson, K. (2013b). Involving the family in the care and treatment of women with postpartum psychosis: Swedish psychiatrists' experiences. *Psychiatry Journal*, 2013, Article 897084. <https://doi.org/10.1155/2013/897084>
- Engqvist, I., & Nilsson, K. (2014). The recovery process of postpartum psychosis from both the woman's and next of kin's perspective – an interview study in Sweden. *The Open Nursing Journal*, 8, 8–16. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010008>
- \*Forde, R., Peters, S., & Wittkowski, A. (2019). Psychological interventions for managing postpartum psychosis: A qualitative analysis of women's and family members' experiences and preferences. *BMC Psychiatry*, 19(1), Article 411. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2378-y>
- France, E. F., Cunningham, M., Ring, N., Uny, I., Duncan, E. A. S., Jepson, R. G., Maxwell, M., Roberts, R. J., Turley, R. L., Booth, A., Britten, N., Flemming, K., Gallagher, I., Garside, R., Hannes, K., Lewin, S., Noblit, G. W., Pope, C., Thomas, J., Vanstone, M., ... Noyes, J. (2019). Improving reporting of meta-ethnography: The eMERGe reporting guidance. *BMC Medical Research Methodology*, 19, Article 25. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0600-0>
- Friedman, S. H., Reed, E., & Ross, N. E. (2023). Postpartum psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 25, 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>
- Glover, L., Jomeen, J., Urquhart, T., & Martin, C. R. (2014). Puerperal psychosis – A qualitative study of women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 254–269. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.883597>
- Hannah, R. (2020). *Kvinnor med förlossningspsykos måste få rätt hjälp* (Motion 2020/21:1501). Sveriges riksdag. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/kvinnor-med-forlossningspsykos-maste-fa-ratt-hjalp\\_h9022365/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/kvinnor-med-forlossningspsykos-maste-fa-ratt-hjalp_h9022365/)
- Hazelgrove, K., Biaggi, A., Waites, F., Fuste, M., Osborne, S., Conroy, S., Howard, L. M., Mehta, M. A., Miele, M., Nikkheslat, N., Seneviratne, G., Zunszain, P. A., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Dazzan, P. (2021). Risk factors for postpartum relapse in women at risk of postpartum psychosis: The role of psychosocial stress and the biological stress system. *Psychoneuroendocrinology*, 128, Article 105218. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105218>
- Heron, J., McGuinness, M., Robertson Blackmore, E., Craddock, N., & Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 348–355. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01563.x>

- Heron, J., Gilbert, N., Dolman, C., Shah, S., Beare, I., Dearden, S., Muckelroy, N., Jones, I., & Ives, J. (2012). Information and support needs during recovery from postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(3), 155–165.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-012-0267-1>
- \*Holford, N., Channon, S., Heron, J., & Jones, I. (2018). The impact of postpartum psychosis on partners. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), Article 414.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2055-z>
- Jairaj, C., Seneviratne, G., Bergink, V., Sommer, I. E., & Dazzan, P. (2023). Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. *Journal of Psychopharmacology*, *37*(10), 960–970. <https://doi.org/10.1177/02698811231181573>
- Jones, I., & Craddock, N. (2001). Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(6), 913–917.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.913>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henriksson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Korteland, T. W., Koorengel, K. M., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2019). Nursing interventions for patients with postpartum psychosis hospitalized in a psychiatric mother–baby unit: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *26*(3), 254–264. <https://doi.org/10.1111/jpm.12542>
- Langan Martin, J., McLean, G., Cantwell, R., & Smith, D. J. (2016). Admission to psychiatric hospital in the early and late postpartum periods: Scottish national linkage study. *BMJ Open*, *6*(1), Article e008758. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008758>
- Laryionava, K., Pfeil, T. A., Dietrich, M., Reiter-Theil, S., Hiddemann, W., & Winkler, E. C. (2018). The second patient? Family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making. *BMC Palliative Care*, *17*(1), Article 29.  
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0288-2>
- Laufer, B., & Mun, N. (2025). “It shows you your fears”: A qualitative analysis and psychoanalytic interpretation of psychotic content in postpartum psychosis. *Psychosis*. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1080/17522439.2025.2473266>
- Lever Taylor, B., Billings, J., Morant, N., Bick, D., & Johnson, S. (2019). Experiences of how services supporting women with perinatal mental health difficulties work with their families: A qualitative study in England. *BMJ Open*, *9*(7), Article e030208.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030208>
- Lewis, K. J. S., Foster, R. G., & Jones, I. R. (2016). Is sleep disruption a trigger for postpartum psychosis? *British Journal of Psychiatry*, *208*(5), 409–411.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166314>

- Lewis, K. J. S., Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Perry, A., Craddock, N., Jones, L., & Jones, I. (2018). Mania triggered by sleep loss and risk of postpartum psychosis in women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 624–629. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.054>
- Lyons, T., Hennessey, T., & Noonan, M. (2024). A systematic review of qualitative evidence: Perspectives of fathers whose partner experienced postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing*, 80(2), 413–429. <https://doi.org/10.1111/jan.15832>
- Mayers, A., Hambidge, S., Bryant, O., & Arden-Close, E. (2020). Supporting women who develop poor postnatal mental health: What support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), Article 359. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03043-2>
- Mödrahälsöförhållanden, Region Stockholm. (2024). *Hänvisning till rätt vårdnivå efter förlossning*. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.50305812191784978fc9e5/1724326388218/H%C3%A4nvisning%20till%20r%C3%A4tt%20v%C3%A5rdniv%C3%A5%20efter%20f%C3%B6rlossning.pdf>
- Mödrahälsöförhållanden, Region Stockholm. (2026). *Basprogram*. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-bmm/barnmorskemottagning/graviditet/riktlinjer/basprogram>
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. SAGE.
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021). Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review. *Brain Sciences*, 11(1), Article 47. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Lewis, K. J. S., Di Florio, A., Craddock, N., Jones, L., & Jones, I. (2024). Perinatal sleep disruption and postpartum psychosis in bipolar disorder: Findings from the UK BDRN pregnancy study. *Journal of Affective Disorders*, 346, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.005>
- Plunkett, C., Peters, S., Wieck, A., & Wittkowski, A. (2017). A qualitative investigation in the role of the baby in recovery from postpartum psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1099–1108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2074>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2024). *Kompetensbeskrivning på avancerad nivå*. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-specialistsjukskoterskor-med-inriktning-psykiatrisk-varld>

- Psykiatri Sydväst. (2024). *Familjesamvård – en efterlängtd vårdform*.  
[https://www.psykiatri Sydvast.se/nyheter/familjesamvard--en-efterlangtad-  
vardform/](https://www.psykiatri Sydvast.se/nyheter/familjesamvard--en-efterlangtad-vardform/)
- Rommel, A. S., Molenaar, N. M., Gilden, J., Kushner, S. A., Westerbeek, N. J., Kamperman, A. M., & Bergink, V. (2021). Long-term outcome of postpartum psychosis: A prospective clinical cohort study in 106 women. *International Journal of Bipolar Disorders*, 9(1), Article 31. <https://doi.org/10.1186/s40345-021-00236-2>
- Roxburgh, E., Morant, N., Dolman, C., Johnson, S., & Taylor, B. L. (2023). Experiences of mental health care among women treated for postpartum psychosis in England: a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 59(2), 243–252.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-022-01002-z>
- \*Roxburgh, E., Taylor, B. L., & Hodgekins, J. (2025). Experiences of care from mental health services among partners of women accessing support for postpartum psychosis: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 61(7), 1406–1417.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-025-01479-4>
- Royal College of Psychiatrists. (u.å.). *Mother and baby units (MBUs)*. Hämtad 2026-04-02 från [https://www.repsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/mother-and-baby-units-\(mbus\)](https://www.repsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/mother-and-baby-units-(mbus))
- Sanadi, R., Raj, E. A., Kuppusamy, C. V., Arasappa, R., & Chandra, P. S. (2026). Navigating postpartum psychosis: Perspectives, needs, expectations and experiences of women and their families: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 29(2), Article 40. <https://doi.org/10.1007/s00737-025-01669-9>
- SFS 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/)
- SFS 2014:821. Patientlag. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30)
- Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352–368. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352>
- Socialstyrelsen. (2013). *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående – Lagesbeskrivning 2013*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/stod-till-personer-som-vardar-eller-stodjer-narstaende--lagesbeskrivning-2013-2013-12-6/>
- Socialstyrelsen. (2023). *Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/integrera-anhorigperspektivet-inom-halso--och-sjukvarden-och-socialtjansten-2023-11-8815/>

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*.  
[https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)
- Thornberg, R., & Fejes, A. (2024). Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (4 uppl., s. 280-300). Liber.
- Toor, R., Wiese, M., Croicu, C., & Bhat, A. (2024). Postpartum psychosis: A preventable psychiatric emergency. *Focus*, 22(1), 44–52.  
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230025>
- Valdimarsdóttir, U., Hultman, C. M., Harlow, B., Cnattingius, S., & Sparén, P. (2009). Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: A population-based study. *PLoS Medicine*, 6(2), e13.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000013>
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>
- VanderKruik, R., Kobylski, L. A., Dunk, M. M., Arakelian, M. H., Gaw, M. L., Dineen, H., Kanamori, M., Freeman, M. P., & Cohen, L. S. (2024). The lived experiences of individuals with postpartum psychosis: A qualitative analysis. *Journal of Affective Disorders*, 348, 367–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.069>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*.  
[https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)
- \*Wass, N., Chadwick, R., Caygill, L., & O'Mara, O. (2024). "It kind of strips down your relationship to its defining features.....it just kind of shone a light on what was already there": A grounded theory of the impact of postpartum psychosis on the couple's relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(2), 281–298. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2103793>
- World Health Organization. (2019). *Person-centered recovery planning for mental health and well-being: self-help tool*.  
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/44a584c9-69dd-4d95-b243-7e1b755c7aee/content>
- World Health Organization. (2022). *Gender and health*. <https://www.who.int/health-topics/gender>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

\*Wyatt, C., Murray, C., Davies, J., & Jomeen, J. (2015). Postpartum psychosis and relationships: Their mutual influence from the perspective of women and significant others. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(4), 426–442.  
<https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1027181>

# BILAGA A; GRANSKNINGSMALL ENLIGT SBU

---

## Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Granskare: \_\_\_\_\_

### Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

### 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien<sup>1</sup>

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförandet:</b>	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.  
För in det på sidan 1.

## BILAGA B; ANALYSPROCESSEN

Tabell 2: Analysprocessen. Text markerad med \* utgör identifierade nyckelmetaforer. Texten under representerar andra ordningens konstruktioner i de granskade artiklarna, vilka ligger till grund för dessa tolkningar.

Artiklar	Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlöpp	Att exkluderas från vården och navigera i okunskap	Att bära ett överväldigande ansvar	Att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdssituationen	Att omforma relationer, identitet och mening
Boddy m.fl. (2017)	<p>* Brist på kunskap hos närstående</p> <p>* Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Närstående uppmärksammade att något var avvikande, men missade akuta signaler.</p>	<p>*Utanförskap och ingen delaktighet i vården</p> <p>Närstående upplevde bristande information, delaktighet och exkludering från vården, delvis med hänvisning till sekretess.</p>	<p>*Oro och ansvar för barnet</p> <p>* Ansvar för kvinnans vård och hälsa</p> <p>* Ansvar för hem och barn</p> <p>Närstående upplevde att kvinnan saknade omsorgsförmåga och att de behövde skydda barnet.</p>	<p>*Hjälplöshet och maktlöshet</p> <p>* Skam och skuld</p> <p>Närstående upplevde att deras oro inte togs på allvar, med känslor av skam och skuld.</p>	<p>*Påverkan på relationen</p> <p>* Förlust</p> <p>* Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information</p> <p>Närstående kände sig som åskådare. Relationer kunde stärkas. Förlust av relation och familjebildning. MBU var både stödjande och utmanande.</p>
Doucet m.fl. (2012)		<p>*Brist på kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal</p> <p>*Önskan om att bli involverad</p> <p>*Utanförskap och ingen delaktighet i vården</p> <p>Närstående kände sig inte tagna på allvar eller hörda av vårdpersonal. Närstående uttryckte behov av praktiskt och emotionellt stöd.</p>	<p>*Oro och ansvar för barnet</p> <p>* Ansvar för kvinnans vård och hälsa</p> <p>*Ansvar för hem och barn</p> <p>Närstående hade egna stödbehov och belastades av sin stödjande roll, där socialt stöd var avgörande.</p>	<p>*Hjälplöshet och maktlöshet</p> <p>Begränsad kontakt mellan kvinna, barn och närstående bidrog till maktlöshet. Närstående hade svårt att be närstående, familj och vården om eget stöd.</p>	

Engqvist, I., & Nilsson, K. (2013a)	<p>*Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Kvinnan upplevdes som förändrad och oigenkännlig.</p>	<p>*Brist på kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal</p> <p>Närstående upplevde att vården inte uppmärksammade allvaret i kvinnans tillstånd.</p>	<p>*Oro och ansvar för barnet</p> <p>Närstående beskrev att kvinnan avvisade barnet och hanterade barnet vårdslöst.</p>		
Forde m.fl. (2019)	<p>*Brist på kunskap hos närstående</p> <p>*Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Närstående kände inte igen kvinnan och sökte hjälp sent, med upplevd fördröjning från vården.</p>	<p>*Brist på kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal</p> <p>*Önskan om att bli involverad</p> <p>*Utanförskap och ingen delaktighet i vården</p> <p>Närstående upplevde fördröjd hjälp på grund av personalbrist, låg kontinuitet, sekretess och bristande stöd.</p>		<p>*Hjälplöshet och maktlöshet</p> <p>Närstående upplevde att vården inte tog deras oro på allvar.</p>	<p>*Påverkan på relation</p> <p>*Bearbetning och återhämtning</p> <p>*Hitta mening och förståelse</p> <p>*Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information</p> <p>Närstående upplevde stärkt relation och arbetade med att skapa mening och hantera framtiden.</p>
Holford m.fl. (2018)	<p>* Brist på kunskap hos närstående</p> <p>* Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Närstående beskrev ett snabbt insjuknande där närstående inte förstod vad som var fel.</p>	<p>* Utanförskap och ingen delaktighet i vården</p> <p>* Brist på kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal</p> <p>Närstående upplevde brist på stöd och att de inte blev hörda eller sedda av vårdpersonal. Vårdpersonal identifierade inte tecken i tid.</p>	<p>* Ansvar för kvinnans vård och hälsa</p> <p>* Ansvar för hem och barn</p> <p>Närstående tog på sig flera roller för att ta hand om hela familjens behov. Närstående upplevde sig som vårdare till kvinnan.</p>	<p>* Hjälplöshet och maktlöshet</p> <p>* Skam och skuld</p> <p>Närstående visste inte hur de skulle hjälpa kvinnan och kände sig hjälplösa. De kände skuld och som att de svikit kvinnan.</p>	<p>*Påverkan på relationen</p> <p>*Förlust</p> <p>Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information</p> <p>* Hitta mening och förståelse</p> <p>Närstående upplevde förlust av relation och föräldraskap. MBU var avgörande och de sökte förstå orsaken till det inträffade. Närstående upplevde stärkta relationer.</p>

Roxburgh, m.fl. (2025)	<p>*Brist på kunskap hos närstående</p> <p>* Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Närstående hade brist på kunskap vilket fördröjde vårdsökande.</p>	<p>*Brist på kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal</p> <p>*Önskan om att bli involverad</p> <p>* Utanförskap och ingen delaktighet i vården</p> <p>Närstående upplevde att vårdpersonal hade bristande kunskaper om postpartumpsykos och önskade involvering i vården.</p>	<p>*Oro och ansvar för barnet</p> <p>* Ansvar för hem och barn</p> <p>Närstående tog på sig flera roller för att ta hand om hela familjens behov.</p>		<p>*Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information</p> <p>Närstående såg MBU som fördelaktigt.</p>
Wass m.fl. (2024)	<p>*Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Närstående upplevde ett hastigt och oväntat insjuknande.</p>	<p>*Brist på kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal</p> <p>Närstående upplevde vårdpersonal som osäkra, vilket ökade känslor av brist på stöd.</p>	<p>*Ansvar för kvinnans vård och hälsa</p> <p>*Ansvar för hem och barn</p> <p>Närstående upplevde att de tog ett ansvar för kvinnan och intog en vårdande roll och stöttande roll. Närstående ville skydda barnet.</p>		<p>*Påverkan på relationen</p> <p>* Bearbetning och återhämtning</p> <p>*Hitta mening och förståelse</p> <p>*Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information</p> <p>Närstående upplevde belastning på relationen, men att den byggdes upp igen. Närstående försökte hitta mening igen. MBU stärkte relationen.</p>
Wyatt m.fl. (2015)	<p>*Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad</p> <p>Närstående upplevde att kvinnan inte var sig själv.</p>		<p>*Ansvar för kvinnans vård och hälsa</p> <p>*Ansvar för hem och barn</p> <p>Närstående tog ansvar för stöd och familj samt identifierade ofta tidigt försämrat mående.</p>	<p>*Hjälplöshet och maktlöshet</p> <p>*Skuld och skam</p> <p>Närstående upplevde skuld i samband med kvinnans inläggning.</p>	<p>*Förlust</p> <p>*Påverkan på relationen</p> <p>Förlust relaterat till förlorade förväntningar på föräldraskapet. Närstående upplever negativ påverkan på relationen.</p>

## BILAGA C; BESKRIVNING AV KONDENSERING

Tabell 3: Beskrivning av kondenseringen från 15 identifierade nyckelmetaforer till fem övergripande metaforer.

<b>Andra ordningens konstruktioner</b>	<b>15 identifierade nyckelmetaforer</b>	<b>Fem övergripande metaforer</b>
Närstående upplevde ett plötsligt insjuknande där de inte kände igen den drabbade kvinnan.	Oförståelse och upplevelse av att kvinnan var förändrad	<b>Att dras in i ett akut och oförståeligt sjukdomsförlopp</b>
Närstående hade ingen eller låg kunskap om postpartumpsykos.	Brist på kunskap hos närstående	
Närstående upplevde bristande stöd från vårdpersonal och att vårdpersonal hade låg kunskap om postpartumpsykos.	Bristande kunskap, bemötande och stöd från vårdpersonal	<b>Att exkluderas från vården och navigera i okunskap</b>
Närstående upplevde att de inte fick vara delaktiga. Detta var relaterat till sekretess och bristande kommunikation från vårdpersonal.	Utanförskap och ingen delaktighet i vården	
Närstående önskade få delaktighet i kvinnans vård och att få ge information till vårdpersonal om henne och hennes tillstånd.	Önskan om att bli involverad	
Närstående uttryckte oro över att kvinnan skulle skada eller döda barnet och kände ett ansvar över barnets säkerhet och välbefinnande.	Oro och ansvar för barnet	<b>Att bära ett överväldigande ansvar</b>
Närstående kände ett ansvar över att kvinnan fick den vård hon hade behov av och intog en vårdande roll. Närstående kunde också agera som förespråkare för kvinnan i vården.	Ansvar för kvinnans vård och hälsa	
Närstående tog ett praktiskt och emotionellt ansvar och fick inte sina egna behov tillgodosedda.	Ansvar för hem och barn	
Närståendes oro togs inte på allvar av vårdpersonal och de fick träffa kvinnan i begränsad omfattning.	Hjälplöshet och maktlöshet	<b>Att förlora kontroll och känna sig otillräcklig i vårdsituationen</b>
Närstående kunde känna att de givit otillräckligt stöd till kvinnan under sjukdomsperioden.	Skam och skuld	

Närstående upplevde påverkan på relationen till kvinnan som kunde vara både positiv och negativ.	Påverkan på relationen	<b>Att omforma relationer, identitet och mening</b>
Närstående upplevde känslor av förlust i relation till fördröjningen av familjebildandet, i relation till partnern och till första tiden med barnet.	Förlust	
Närstående beskrev en bearbetning och återhämtning med reflektion och tacksamhet över att utfallet inte blev värre.	Bearbetning och återhämtning	
Närstående försökte hitta mening med det inträffade och uttryckte ökad förståelse för psykisk ohälsa generellt.	Hitta mening och förståelse	
Närstående upplevde inkluderande vårdformer som fördelaktiga, så som MBU.	Inkluderad, sedd, delaktig, får utbildning och information	



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)