

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID ÅKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2016:45

Barnmorskors tankar om hinder och möjligheter för kontinuerlig hud-mot-hud på BB

Karin Nilsson
Anna Südow



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Barnmorskors tankar om hinder och möjligheter för kontinuerlig hud-mot-hud på BB
Författare:	Karin Nilsson, Anna Södow
Huvudområde:	Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Åsa Larsson
Examinator:	Evelyn Hermansson

Sammanfattning

Studier har visat att hud-mot-hud har flera positiva effekter för modern och det nyfödda barnet. Trots detta upplever barnmorskor hinder för kontinuerlig hud-mot-hud under föräldraparens BB-vistelse.

Syftet med arbetet var att beskriva barnmorskors tankar kring hinder och möjligheter för kontinuerlig hud-mot-hud på barnbördshus (BB). Forskning finns om hud-mot-hud men inga specifika studier om barnmorskors tankar kring vilka hinder och möjligheter som finns för kontinuerlig hud-mot-hud under BB-vistelsen.

En intervjustudie utfördes och materialet bearbetades med kvalitativ innehållsanalys för att lyfta fram de viktigaste aspekterna. Resultatet som framkom belyser barnmorskors tankar om hinder och möjligheter vid implementering av kontinuerlig hud-mot-hud under barnets första dygn på BB. Resultatet av studien visade att barnmorskorna största hinder var brist på riktlinjer, förekomsten av barnsängar, bristande föräldrainsformation, platsbrist, samt föräldrarnas kulturella bakgrund och personalens attityder. De möjligheter som lyftes fram var enkelrum, bärhjälpmiddel såsom tubtopp eller bärsjal, samt att utbilda föräldrarna under graviditeten. Vårdhandlingen införlivas lättast om de blivande föräldrar deltar i förberedande föräldrakurser under graviditeten, samt att personalen är välutbildade och uppmuntrar till hud-mot-hud.

Nyckelord: *barnmorskor, upplevelse, hud-mot-hud, implementering, kvalitativ innehållsanalys, hinder, möjligheter, BB.*

Thesis title: Midwives thoughts on obstacles and opportunities for continuous skin-to-skin care at maternity wards

Author: Karin Nilsson, Anna Södow

Main field: Sexual and reproductive health

Level and score: Master degree, 15 credits

Education: Midwifery

Supervisor: Åsa Larsson

Examiner: Evelyn Hermansson

Abstract

Studies have shown that skin-to-skin care has several positive effects for both the mother and the newborn. Despite this, midwives experience that it can be difficult to get parents to implement the skin-to-skin care continuously during its stay the maternity ward.

The aim of the thesis is to describe midwives' thoughts on the obstacles and opportunities for continuous skin-to-skin care at the maternity ward. There are studies on skin-to-skin care but no specific studies regarding midwives' thoughts on the obstacles and opportunities for continuous skin-to-skin care during maternity stay.

An interview study was conducted, and the material was processed using qualitative content analysis to highlight the main points. The result highlighted midwives' thoughts on the obstacles and opportunities in the implementation of continuous skin-to-skin contact during the child's first days in the maternity ward. The results of the study showed that midwives biggest obstacles are the hospital baby beds, as well as lack of guidelines, parental information, private rooms, and the parents' cultural background and the staff attitudes. The opportunities that arouse were private rooms, aids such as tube tops or slings, and prenatal parental training during pregnancy. Skin-to-skin care can most easily be implemented when parents participate in preparatory parenting training, and when the staff is well trained and encourage implementing skin-to-skin care.

Keywords: *midwife, experience, skin-to-skin, implementation, qualitative content analysis, hindrance, opportunities, maternity ward.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Barnmorskans yrkesroll, sexuell och reproduktiv hälsa samt rättigheter	5
Barnmorskans stödjande och stärkande roll in i föräldraskapet	6
Normal förlossning – för moder och barn	6
Definition av hud-mot-hud	7
Effekter av hud-mot-hud	7
Kunskap och information - en förutsättning för hud-mot-hud	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	10
Ansats	10
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	13
RESULTAT	13
Information, undervisning och stöd	14
Vikten av stöd	15
Information och undervisning	15
Föräldrarnas inställning samt respekt för föräldrarnas önskan	16
Organisatoriska hinder	16
Otydliga rutiner	16
Hjälpmiddel som hjälper eller stjälper	17
Personalens attityder	17
Platsbrist	18
Att vårda och lära känna sitt barn	18
Tyda signaler	18
Hud-mot-hud som optimal omvårdnad	19
Kulturella perspektiv	19
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Information, undervisning och stöd	21
Organisatoriska hinder	22
Att vårda och lära känna sitt barn	23
SLUTSATSER	24
REFERENSER	26
BILAGOR	31

INLEDNING

Att lägga det nyfödda barnet hud-mot-hud med modern direkt efter förlossningen har i studier visat sig ha flera positiva effekter för både mor och barn. Metoden är en skonsam och effektiv metod som främjar både barnets och moderns hälsa enligt World Health Organization (WHO, 2003).

Det finns mycket forskning kring prematura barn och Kangaroo mother care (KMC). Denna implementerade vårdform kallas även ”skin-to-skin”. Metoden utvecklades 1978 och implementerades första gången av Edgar Rey Sanabria och Hector Martinez i Bogota, Colombia (Klerberg, Westrup & Stjernqvist, 2000). Hud-mot-hud har visat på flera positiva effekter som att barnet håller en stabilare temperatur, skriker mindre och att det gynnar anknytning och amning. Trots de bevisade positiva effekterna upplever barnmorskor att det finns hinder för att implementera kontinuerlig hud-mot-hud.

BAKGRUND

Barnmorskans yrkesroll, sexuell och reproduktiv hälsa samt rättigheter

Barnmorskans yrkesroll och ansvar beskrivs i Socialstyrelsen kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2006). Yrkesrollen barnmorska är ett legitimerat yrke som bara får utövas av dem som har förordnats rätten till detta, genom utbildning och legitimering (Patientsäkerhetslagen 2010:659, kap 4 §1, §4–6). The International Confederation of Midwives (ICM, 2011) beskriver barnmorskans roll som en professionell vårdgivare som arbetar tillsammans med kvinnan för att ge henne det stöd och den guidning hon behöver genom graviditet, förlossning och postpartumperioden. Omvårdnaden av det friska nyfödda barnet ingår också i barnmorskans ansvar. Barnmorskans arbete skall vara evidensbaserat och bygga på beprövad erfarenhet, samt genomsyras av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt. Barnmorskan arbetar utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan skall ha kunskap om faktorer som påverkar hälsa i ett genus- och livscykelperspektiv. Detta skall integreras i vården av kvinnan vilken genomgår normal graviditet, förlossning samt vid omvårdnad av det friska nyfödda barnet och kvinnan under postpartumperioden (Socialstyrelsen 2006, ss. 7–16).

Sexuell och reproduktiv hälsa beskrivs av Förenta Nationerna (FN) som en grundläggande rättighet att bestämma över sin egen sexualitet och reproduktion. Det är en grundläggande del av arbetet för jämställdhet mellan kvinnor och män, samt en stärkande faktor för kvinnors egenmakt (Programme of action, 2014). Sexuell och reproduktiv hälsa beskrivs också som en del utav folkhälsomålen (Folkhälsomyndigheten, 2016). Här beskrivs den som en ”möjlighet till en trygg och säker sexualitet, som är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande” (Folkhälsomyndigheten, 2016), barnmorskan är i sin legitimerade yrkesroll en nyckelperson i detta arbete. Sexuell och reproduktiv hälsa är det kompetensområde som professionen och barnmorskeutbildningen vilar på (Barnmorskeförbundet, 2016).

Barnmorskans stödjande och stärkande roll in i föräldraskapet

Att bli förälder är en omvälvande livshändelse, ofta med positiva tankar och en önskan om att kunna göra sitt bästa. Samtidigt finns känslor såsom oro och stress samt tankar på hur ska man klara av omställningen (Folkhälsomyndigheten 2016). Övergången till föräldraskapet har beskrivits som en av de största livshändelser och utveckling en kvinna kan gå igenom med påfrestande fysiska, psykiska och sociala förändringar.

Här är barnmorskans roll stor i att stödja och vårda kvinnan genom graviditet, förlossning och under den första tiden som nybliven familj (Berg, M. & Premberg, Å. 2010. s. 70). Att arbeta som barnmorska innebär att vårda och skapa ett förtroendefullt samspel med modern, partnern och det ofödda / nyfödda barnet. Barnmorskan använder sin samlade erfarenhet till att stödja, stärka och ge adekvat information och undervisning som baseras på föräldrparets behov (Lyckestam Thelin, Lundgren & Hermansson, 2014, ss. 114–118).

Begreppet empowerment har beskrivits som ett sätt att stärka kvinnan i sitt moderskap genom en dynamisk process som bygger på ömsesidig tillit mellan barnmorskan och paret. Genom denna relation växer paret och möjligheten till att ta egna informerade beslut stärks (Hermansson & Mårtensson, 2011, ss. 815–816).

Normal förlossning – för moder och barn

Innebörden av en normal förlossning är problematisk eftersom begreppet normal kan skilja sig mellan tidsepoker och kulturer. Globalt sett är det att föda i hemmet. I Sverige innebär en normal förlossning oftast vård på en förlossningsavdelning, där modern och barnet kan övervakas med cardiotocografi (CTG) samt vid behov få både värkstimulerande läkemedel och annan farmakologisk smärtlindring (Waldenström 2007, ss. 175–180). WHO:s definition av en normal förlossning innebär att det skall vara en enkelbörd, en graviditetstid mellan 37+0 och 41+6 veckor och dagar, det finns inga medicinska hinder vid förlossningens start, ett värkarbete som startar spontant, ett okomplicerat förlopp från det att värkarna startat till dess att moderkakan framföds, barnet föds i spontan huvudbjudning samt att mor och barn mår väl efter avslutad förlossning (WHO 1996 s. 3–5).

Under en förlossning utsätts barnet för påfrestningar i samband med värkarbetet, cirkulationen från placenta stängs av eller begränsas i samband med kontraktionerna. Efter en okomplicerad graviditet är barnet väl förberett för att klara denna påfrestning och har resurser för att kunna hantera stressen i samband med att födas (Finnström, 2008, ss. 77–78). När barnet är framfött så har det ett påslag av stresshormoner som hjälper det i omställningen till det extrauterina livet. Efter att barnet har tagit sina första andetag är det viktigt att motverka denna stress hos barnet som behöver få direkt tillgång till sin moder för att få de bästa förutsättningarna för sin start i livet. Att lägga barnet hud-mot-hud direkt har visat sig i studier vara ett effektivt sätt att motverka stressen som uppkommer hos både barnet och modern efter förlossningen (Bystrova, Widström, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Welles-Nyström, Wassberg, Vorontsov & Uvnäs-Moberg, 2003, ss. 324–326). I direkt samband med förlossningen eftersträvas att det nyfödda barnet läggs på moderns bröst såvida inte barnet behöver omedelbar vård. Denna ”heliga timme” finns beskriven som ett unikt tillfälle för mor och barn att mötas och där ett ostört möte kan ge bättre förutsättningar för både moder och barn att knyta an, förutsättningar som kan påverka relationen under lång tid framöver. Det är en timme

som aldrig kommer tillbaka och därför bör respekteras av vårdgivare som något unikt där den nya familjen skall ges utrymme att mötas (Phillips, 2013, s. 72).

Definition av hud-mot-hud

Kangaroo Mother Care (KMC) är en metod som till en början användas till prematura barn eller barn med låg födelsevikt för att stabilisera barnen istället för att använda kuvös (Bergman 1994 s. 57–60). När barnet läggs hud-mot-hud till moder så innebär det bland annat att barnet känner sig säkert genom att det känner moderns kroppsdofter, hjärtslag, andning och temperatur vilket i sin tur medför att moder och barn skapar en anknytning och detta gagnar amningsstarten (Bergman 1994, s. 57–60).

Hud-mot-hud är en del av vårdmetoden KMC där den beskrivs som kangaroo position (KP) (Nyqvist, Andersson, Bergman, Cattaneo, Charpak, Davanzo, Ewald, Ibe, Ludington-Hoe, Mendoza, Pallás-Allonso, Ruiz Peláez, Sizun & Widström, 2010, s. 824). Barnet ligger då med mage/bröst på sin moders bröst i en upprätt eller halvsittande position. Barnets armar och ben är böjda i ”groddposition” och huvudet är vinklat åt sidan och lätt vinklat uppåt för att hålla öppna luftvägar (WHO, 2003, s. 21). Barnet kan ha blöja på sig och eventuellt en mössa. Hud-mot-hud bör utövas dygnet runt och fortgå så länge som barnet behöver hjälp med att reglera kroppstemperaturen. Hjälpmedel såsom en bärsjal eller bårtopp kan användas (Nyqvist et al. 2010, ss. 823–824). Intermittent hud-mot-hud, då beskrivet som kortare tillfällen vid ett eller flera tillfällen per dag, kan utövas och då rekommenderar tidsperioden vara minst en timme per tillfälle (Nyqvist et al. 2010, ss. 821–824).

Bergman (2011, <http://www.skintoskincontact.com>) beskriver hud-mot-hud, inte som en vårdmetod, utan som var barnet vårdas. Att barnet vårdas hud-mot-hud, liggandes på moderns bröst är enligt Bergman det optimala för att barnet skall utvecklas på bästa sätt ur biologisk, psykologisk och fysiologisk synvinkel (2011, <http://www.skintoskincontact.com>). I teorin är det modern som är den primära vårdgivaren av hud-mot-hud eftersom hon är nödvändig för barnets utveckling (Bergman & Bergman, 2013, s. 9). Även partnern kan utföra hud-mot-hud, om modern inte finns tillgänglig.

Calais, Dalbye, Nyqvist & Berg (2010, s. 1081) definierar hud-mot-hud som: kontakt hud-mot-hud efter förlossningen mellan en förälder och det nyfödda barnet, oavsett barnets position. Barnet bör vara avklätt bortsett från eventuellt en blöja och en filt över sig. Föräldrar uppmuntrades att ha barnet hud-mot-hud så mycket som möjligt, framförallt de första 24 timmarna.

I föreliggande studie har vi valt att använda definitionen från Calais et. al (2010, s. 1081) eftersom denna definitionen endast omfattar vårdhandlingen hud-mot-hud och inte begränsar den till en viss position eller en specifik vårdare, och heller inte har fasta tidsaspekter.

Effekter av hud-mot-hud

Då förlossningar i Sverige allt mer medikaliserades och flyttade in till sjukhusen under 1920 till 1940, blev rutinen att separera moder och barn som då vårdades åtskilda. Detta för att modern skulle få tillfälle att vila och amningstillfällena för barnet skulle regleras till den rådande normen (Höjeberg, 2009, s. 26 & Widström, ss. 470–471).

I Sverige praktiseras nu rooming-in, eller samvård, som en del i WHO:s 10 steg till lyckad amning (WHO, 2009). Det friska fullgångna barnet och modern vårdas tillsammans och separation undviks i största möjliga mån. Att vårda hud-mot-hud har visat sig ha flera positiva effekter för barnet, såsom att det främjar amningsstarten, anknytningen mellan mor och barn, en jämnare blodsockernivå hos barnet och att barn som vårdas hud-mot-hud skriker i mindre utsträckning (Moore, Andersson, Bergman & Dowswell, 2012, ss. 12–17). Forskare anser även att denna tidiga kontakt är en del av en psykofysiologiska period som programmerar framtida beteende (Moore et al, 2012, s. 17; Dumas, Lepage, Bystrova, Mathiesen, Welles-Nyström & Widström, 2012, ss. 324–325). En långsiktig effekt som studier har visat är att mödrar som vårdat sitt barn hud-mot-hud under den första tiden, och inte separerades från sitt barn, visade på mindre hårdhänt beteende gentemot sina barn i samband med amningen och kunde tyda barnets signaler lättare (Dumas et al. 2012, ss. 322–323), samt att modern uppvisar ett mer affektivt beteende så långt som ett år efter förlossningen (Bystrova, Ivanova, Edhborg, Mathiesen, Ransjö-Arvidson, Mukhamedrakhimov, Uvnäs-Moberg & Widström, 2009, ss. 106–108).

Ett barn som läggs hud-mot-hud med modern direkt efter födseln visar upp ett förutsägbart beteende där det söker sig till bröstet (Widström, 2009, s. 462). Detta beteende beskrivs av Svensson (2008, s. 129) i de nio stegen till amning där barnet instinktivt söker sig till bröstet för att amma. Barn som vårdas hud-mot-hud, både direkt efter förlossningen och därefter kontinuerligt under vårdtiden, har lättare att hantera det naturliga stresspåslaget som det utsätts för under förlossningen (Bystrova et al. 2003, s. 326; Takahashi, Tamakoshi, Miyoko & Kawabe, 2010, s. 155), barnet kunde också reglera sin kroppstemperatur bättre (Bystrova et al. 2003, ss. 323–324). Stresshormoner hos barnet sjunker snabbare ju tidigare barnet läggs hud-mot-hud efter förlossningen, samt desto längre tid barn och moder får ligga ostörda (Takahashi et al. 2010, s. 153–156). Barn som vårdas hud-mot-hud direkt efter förlossningen har i studier visat sig skrika mindre (Moore et al. 2012, s. 15). Vi finner inga studier som påvisar att implementering av hud-mot-hud är skadligt för moder och det nyfödda barnet om det utförs på ett säkert sätt. Detta förutsätter dock att moder och barn mår väl direkt efter förlossningen. Nyfödda barn som har ett ökat vårdbehov efter förlossningen, vid till exempel en andningsstörning, måste den medicinska omvårdnaden gå före. Vid dessa tillfällen kan hud-mot-hud inte ersätta akut neonatal vård och barnets ökade vårdbehov måste komma i första hand (Nyqvist et al. 2010, s. 823).

För att minimera risken för plötslig spädbarnsdöd har Socialstyrelsen (2014, ss. 8, 15–16) sedan 1990 talet tagit fram riktlinjer som bland annat rekommenderat att spädbarn bör sova på rygg, är lagom varmt och att co sleeping inte bör utövas. Carpenter, McGarvey, Mitchell, Tappin & Vennemann (2013, ss. 2, 5) påvisar en fem gånger så hög risk för plötslig spädbarnsdöd vid co sleeping hos spädbarn under tre månader även om de helammas. Barnmorskan kan informera och vägleda föräldraren i hur de utför säker hud-mot-hud genom att förbättra den kunskap de besitter. Denna information bör ges vid flera tillfällen i både skriftlig och i muntlig form.

Kunskap och information - en förutsättning för hud-mot-hud

Enligt Nyqvist et al. (2010, s. 825) bör nyfödda barn placeras hud-mot-hud så snart som möjligt och för så lång tid som möjligt. Detta förutsätter att vårdpersonal är väl pålästa inom ämnet och är medvetna om dess fördelar. Studier påvisar att om barnmorskor och

övrig vårdpersonal själva får kunskap om de fördelar som hud-mot-hud leder till så underlättar det senare för barnmorskor och vårdpersonal att främja vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud från det att barnet föds (Dabrowski 2007 s. 66–69, Zwedberg et al. 2014, ss. 215–216). Studier påvisar dock att flertalet föräldrar inte har förstått innebörden av vad kontinuerlig hud-mot-hud innebär. Detta innebär att kraven höjs på att barnmorskor och övrig vårdpersonal är medvetna om att misstolkning kan ske. Föräldraparen bör informeras om fördelarna med kontinuerlig hud-mot-hud redan i tidigt stadium av graviditeten. Trots detta är andelen hög av vårdpersonal som inte känner sig bekväma med att uppmuntra föräldrarna att praktisera kontinuerlig hud-mot-hud med sitt barn i nära anslutning till förlossningen (Dabrowski 2007, ss. 66–69, Zwedberg et al. 2014, ss. 215–216).

Tidigare studier har visat att det finns hinder för att införa hud-mot-hud, såsom de nyblivna föräldrarnas eventuella brist på kunskap om vikten av hud-mot-hud, men också brist på kunskap hos vårdpersonal som låter andra rutiner gå före den viktiga anknytningen mellan mor och barn (Zwedberg et al, 2014, s. 217). Vårdpersonals attityder kan också spela roll för de nyblivna mödrarnas inställning till kontinuerlig hud-mot-hud och närhet (Calais et al, 2010, s. 1089; Svensson, Matthiesen & Widström, 2005, s. 103). I en studie har det visat sig att ett stort antal besök av anhöriga på BB har en negativ inverkan på hud-mot-hud då fler önskade hålla barnet (Calais et al, 2010, s. 1084).

Många av studierna vi tagit del av har fokuserat på den första timmen efter förlossning, hinder och möjligheter för hud-mot-hud efter kejsarsnitt (Zwedberg et al, 2014, ss. 215–220), eller fokuserat på hud-mot-hud ur föräldrarnas perspektiv (Calais et al, 2010, ss. 1080–1090).

PROBLEMFORMULERING

Flertalet studier har visat att tidig och oavbruten hud-mot-hud mellan det nyfödda barnet och föräldern har positiva effekter på bland annat amningsstart och anknytning. Dock visar studier att denna metod främst används på prematura barn och att den ännu inte vunnit mark vid okomplicerade förlossningar där modern och barnet mår väl efter partus. Då metoden är enkel och kostnadsfri samt visar tydliga positiva effekter, både kortsiktiga och långsiktiga, är det av vikt att identifiera hinder som motverkar metodens användning samt identifiera möjligheterna som underlättar för metoden att användas.

SYFTE

Att beskriva barnmorskors tankar kring hinder och möjligheter för kontinuerlig hud-mot-hud under BB-tiden.

METOD

Ansats

Vi valde att använda en kvalitativ deskriptiv design med semistrukturerade intervjuer för att samla in datamaterial till studien. Syftet med den kvalitativa designen är att identifiera, karaktärisera, beskriva och förstå (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 161). En semistrukturerad intervjuguide baserar sig på att samma frågor ställs till alla informanter som väljer att delta i studien. Informanterna fick på detta sätt lika stor möjlighet att uttrycka sina åsikter om samma fråga. Vi ville skapa oss en uppfattning om barnmorskors tankar om ämnet. Kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012, ss. 187–201) användes för att analysera vår data. Den kvalitativa design som valts för studien ämnar ge en fördjupad kunskap kring barnmorskornas tankar om möjligheter och hinder för kontinuerlig hud-mot-hud under barnets första levnadsdagar på BB-avdelning.

Urval

För att finna informanter till studien kontaktades verksamhetschefen på respektive sjukhus. De fick ett informationsbrev (Bilaga 1) om studien samt frågan om tillåtelse att få tillfråga barnmorskor på deras avdelning. Därefter gick frågan ut till barnmorskorna. Verksamhetscheferna hjälpte till med att informera personalen om studien vid en arbetsplatsträff för att på detta sätt väcka uppmärksamhet och få intresserade barnmorskor att få möjlighet att delta i studien. De barnmorskor som visade intresse kontaktades och tid och plats för intervjuerna planerades in. Inklusionskriterier för studien var, legitimerad barnmorska arbetande på en BB-avdelning. Målet var att nå ett brett urval för att kunna uppnå så stor variation som möjligt i informanternas kunskap. Ett selektivt urval gjordes för att nå barnmorskor som var verksamma på BB-avdelningar. Ett selektivt urval görs för att nå de informanter som besitter kunskap som är relevant (Polit & Tatano Beck, 2010, ss. 319–320). Exklusionskriterier var sjuksköterskor och barnsjuksköterskor arbetande på BB. Deltagande var frivilligt och informanterna informerades skriftligt (Bilaga 2) samt muntligt att de kunde välja att avbryta sitt deltagande om de så önskade (Kvale & Brinkman 2009, s. 99–102). Deltagarna fick därefter lämna skriftligt samtycke (Bilaga 3) till att vara med i studien. Av de BB-avdelningarna som fick frågan om deltagande så tackade några nej på grund av tidsbrist eller ointresse. På en avdelning godkände verksamhetschefen studien men inga barnmorskor hörde av sig angående deltagande i studien. Några barnmorskor som visade intresse för studien och bokade in tid för intervju fick förhinder, sjukdom eller brist på tid, och ställde därför in sitt deltagande. Nio barnmorskor från tre olika kliniker intervjuades. Åldern varierade mellan 35–62 år, de var alla kvinnor. De hade varit verksamma som barnmorskor mellan 5–38 år och arbetat på BB-avdelning mellan 5–36 år. Sju av informanterna hade sin tjänst på en BB-avdelning, två hade rotationstjänst mellan BB / förlossning eller BB / Mödrahälsovård.

Datainsamling

Datainsamlingen pågick under tidsperioden februari till juni 2016. Intervjuerna varade mellan 10–23 minuter. Intervjuerna utfördes enskilt, i bokade rum. Vid ett tillfälle

skedde intervjun på ett kafé, avskilt från övriga gäster och en intervju gjordes via telefon. Alla intervjuer spelades in med hjälp av intervjuarens mobiltelefon.

Att intervjua informanterna var en process där vi valde att använda en intervjuguide med semistrukturerade frågor (Bilaga 4) som kunde följas upp med Hur? och Vad? Vår egen förståelse för ämnet hud-mot-hud, baserat på litteraturstudier, kom att vara till hjälp under forskningsprocessen. I kvalitativa studier kan författarens förståelse vara en viktig del i tolkningsprocessen då den kan öka förståelsen för analysmaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 170). Intervjuguiden och följdfrågor hade tagits fram innan intervjuerna påbörjades. Två pilotintervjuer utfördes, en av vardera författare. Intervjuerna transkriberades och lästes av båda författarna. Detta för att undersöka om intervjumaterialet svarade an på studiens syfte. Resultaten från pilotintervjuerna ansågs hålla god kvalitet och valdes därför till att ingå i studien (Olsson & Sörensen 2011, ss. 42, 153).

Dataanalys

Materialet transkriberades ordagrant av författarna i nära anslutning till intervjutillfället för att inte gå miste om de nyanser och emotionella aspekter som förekom under intervjun (Kvale & Brinkman, 2014, s. 221). Kvale och Brinkman (2014 s. 218) menar att transkribering är en omvandlingsprocess där det inspelade materialet övergår från muntligt inspelat material till nedskrivna skriftlig form vilket kan ses som en tolkningsprocess. Arbetet handlar om att systematisera, få distans till intervjuerna och låta textens budskap mogna fram (Olsson & Sörensen 2011, ss. 179–181). Analysen påbörjades som en gemensam aktivitet för att säkerställa att vi gjorde likadant, 2–3 intervjuer kodades och delades in i underkategorier och kategorier där båda forskarna var delaktiga, därefter utfördes analysförfarandet åtskilt.

Vi har genom analysförfarandet fört en dialog om kodning och indelning i underkategorier och kategorier, detta för att tillsammans nå en högre abstraktionsnivå.

Vi valde att göra en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheims modell (2014, ss. 187–201). De begrepp som används i analysmetoden är: *Analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori* och *tema*. Analysmetoden strävar efter att beskriva variationer genom att identifiera och lyfta likheter och skillnader i en text.

Intervjuerna som genomfördes blev efter transkribering till en analysenhet, varifrån vi delade upp i två olika domäner för att få fram en grövre struktur i texten, *hinder* och *möjligheter*. Domänerna hjälpte i arbetet genom att identifiera delar av analysenheten som svarade på syftet. Utifrån analysenheten lyftes meningsenheter som kom att utgöra grunden för analysen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 163). Meningsenheterna kondenserades genom att förkortas för att bli mer lättbegripliga. Hänsyn togs för att den väsentliga betydelsen bevarades. Därefter abstraherades de kondenserade meningsenheterna för att identifiera nya underliggande meningar till koder. Koderna hjälpte till att skapa underkategorier där flera liknande koder ingick. De tio underkategorierna som framkom delades upp och tre kategorier skapades. Kontroll av innehållet i kategorierna gjordes för att de skulle bli ömsesidigt uteslutande och att inget material passar in flera av kategorierna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 163).

Exempel på analysprocessen ses i Figur 1:

Figur 1. Exempel från innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Allt som kan vara lite (svårt), det kan man ju ändå lösa.	Svårigheter kan överkommas.	Hitta lösningar	Personalens attityder	Organisatoriska hinder
Vi har inga PM på det här.	Vi har inga nedskrivna rutiner	Inga klara rutiner	Otydliga rutiner	
Babysängar, de skulle inte finnas.	Babysängar borde inte finnas.	Baljan är ett hinder.	Hjälpmedel som hjälper eller stjälper	
Något som möjliggör är ju att vi har de här enkelrummen så att man, man inte känner sig, att de behöver "eeh" exponera sig för främmande människor.	Det som möjliggör är att vi har enkelrum så att de inte behöver känna sig exponerade	Enkelrum gör att de inte behöver känna sig exponerade	Platsbrist	

Analysprocessen resulterade i tio underkategorier:

- *Vikten av stöd*
- *Information och undervisning*
- *Föräldrarnas inställning och respekt för föräldrarnas önskan*
- *Otydliga rutiner*
- *Hjälpmedel som hjälper eller stjälper*
- *Personalens attityder*
- *Platsbrist*
- *Tyda signaler*
- *Hud-mot-hud som optimal omvårdnad*
- *Kulturella perspektiv.*

Därefter framkom tre övergripande kategorier:

- *Information, undervisning och stöd,*
- *Organisatoriska hinder*
- *Att vårda och lära känna sitt barn.*

I kategorierna fanns båda domänerna hinder och möjligheter

De citat som valdes att ta med i magisteruppsatsen tas direkt från transkriberingen för att visa deltagarnas uppfattning om valt ämne, dess styrka och tydliggöra det resultat som framkommer.

Etiska överväganden

Det finns etiska aspekter att ta hänsyn till inom all forskning där mänskligt deltagande sker (Polit & Tatano Beck 2010, ss. 121–125, 129–130). Det skall säkerställas att informanterna inte kan identifieras, ta skada av att delta i studien samt att de inte utsätts för något lidande. I studier bör forskaren alltid försäkra sig om att profit (förtjänst eller utdelning) överväger fara (vårda eller risk) som studien kan medföra (Polit & Tatano Beck 2010, ss. 121–125, ss. 129–130). Vi anser att deltagandet i studien inte medför några risker för informanterna. Informanterna fick i god tid information om studien, vilka studenterna är, studiens syfte samt att allt material kommer behandlas konfidentiellt. Även vem informanten kunde kontakta om denne hade ytterligare frågor att ställa och hur studiens resultat kommer att presenteras. Studien har följt etiska riktlinjer när det gäller att försäkra informanternas samtycke, konfidentiellitet och vilken roll som forskarna har (Malterud 2014 ss. 66–67) Det är studenternas ansvar att erbjuda varje informant att få ta del av studiens resultat. Studenterna har även bett om lov att få kontakta informanterna efter intervjun eftersom komplettering kan behöva göras i efterhand. Polit och Tatano Beck (2010, ss. 129) anser att all forskning skall utgå ifrån hänsyn till informanternas autonomiprincip. Denna har säkerställts genom Polit & Tatano Becks (2010, ss. 125–126) tankar om att forskaren alltid försöker sätta sig in i hur det skulle kännas att befinna sig i informantens situation. På Borås Högskola behövdes inte något etiskt prövningstillstånd via etiska nämnden sökas innan studien utfördes (SFS. 2008:192).

RESULTAT

Den första kategorin som kom fram i analysen var Information, undervisning och stöd som byggdes upp av underkategorierna vikten av stöd, information och undervisning och föräldrarnas inställning och respekt för föräldrarnas önskan. Den andra kategorin blev organisatoriska hinder som baseras på underkategorierna otydliga rutiner, hjälpmedel som hjälper eller stjälper, personalens attityder och platsbrist. Den tredje kategorin blev att vårda och lära känna sitt barn som baseras på underkategorierna tyda signaler, hud-mot-hud som optimal omvårdnad och kulturella perspektiv (se Figur 2. resultatöversikt).

Figur 2. Resultatöversikt

Vikten av stöd	Information, undervisning och stöd
Information och undervisning	
Föräldrars inställning och respekt för föräldrars önskan	
Otydliga rutiner	Organisatoriska hinder
Hjälpmiddel som hjälper eller stjälper	
Personalens attityder	
Platsbrist	
Tyda signaler	Att vårda och lära känna sitt barn
Hud-mot-hud som optimal omvårdnad	
Kulturella perspektiv	

Information, undervisning och stöd

Det som flera av barnmorskorna upplevde var ett hinder för hud-mot-hud var att informationen om hud-mot-hud ofta upplevdes bristfällig när föräldrarna kom till BB. De lade mycket tid på att informera föräldrar om vårdhandlingen för att föräldrarna skulle bli medvetna om och se fördelarna. Komplicerade förlopp beskrevs som ett hinder i de fall när mor och barn separerades under de första timmarna på grund av medicinska eller omvårdnadsmissiga skäl. Även efter en okomplicerad förlossning kunde en negativ förlossningsupplevelse eller en utmattad mamma vara ett hinder för hud-mot-hud. Att respektera föräldrarnas önskan och integritet kunde upplevas som en balansgång där vården måste individualiseras.

Ständig tillgång till internet och sociala medier upplevdes som ett hinder där fokus på det nyfödda barnet blev mindre när mobilen ständigt gjorde sig påmind. Kontinuerlig hud-mot-hud genom co-sleeping upplevdes som svårt att uppmuntra eftersom Socialstyrelsens råd angående plötslig spädbarnsdöd avrådde ifrån co-sleeping. Det barnmorskorna i studien var överens om var att välinformerade föräldrar var mer villiga att utföra kontinuerlig hud-mot-hud och därför belystes detta som en möjlighet.

Vikten av stöd

Barnmorskorna ansåg att nyblivna mödrar behöver stöd i att praktisera hud-mot-hud, både av barnmorskan som professionell vårdare och av sin partner som också kan praktisera hud-mot-hud för att vårdhandlingen ska ske så kontinuerligt som möjligt. Barnmorskorna beskrev komplikationer under eller efter förlossningen, såsom akut kejsarsnitt eller stora blödningar som hinder för hud-mot-hud, och betonade då vikten av att stötta modern och partnern i att praktisera hud-mot-hud. Tidigare traumatiska upplevelser för modern kunde också vara ett hinder för hud-mot-hud med barnet och barnmorskans stöd spelade då en stor roll.

”Det finns människor eller kvinnor som har upplevelser som gör att hud-mot-hud kanske känns jobbigt eller att det inte känns rätt” (Intervju 1)

Om förlossningsupplevelsen inte blev vad föräldrarna hade tänkt sig eller planerat kunde det lätt uppstå känslor av misslyckande. Denna negativa upplevelse kunde bli till ett hinder för att praktisera hud-mot-hud.

”Det kan bli en negativ känsla för föräldrarna, att det inte blev som de ville” (Intervju 5)

En barnmorska tog upp att hon kände att föräldrar kunde uppleva det som jobbigt att behöva visa upp sina negativa förlossningsupplevelser, dessa känslor kunde bli ett hinder för hud-mot-hud, i dessa situationer var det viktigt att barnmorskan fanns där och stöttade föräldrarna.

”Ja att man tycker att det är jobbigt att behöva visa att man är rädd att något ska hända” (Intervju 9)

Information och undervisning

Barnmorskorna i studien förklarade att mycket tid gick till att informera föräldrarna om varför hud-mot-hud är viktigt samt att praktiskt visa hur de kan utföra hud-mot-hud. Barnmorskor påpekade att det brister, eller skiljer sig, i informationen från olika vårdgivare. Det svåraste var att motivera föräldrar att praktisera hud-mot-hud om barnet vid ankomst till BB redan var fullt påklätt. Något som gjorde det möjligt för barnmorskorna att implementera hud-mot-hud var när föräldrarna kom väl förberedda och på ett tidigt stadium fått reda på fördelarna, och därefter kunnat göra ett aktivt val. Detta underlättade och sågs som en möjlighet för implementering av hud-mot-hud när föräldrarna var mer motiverade.

”Det hade förhoppningsvis blivit en annan syn på hud-mot-hud om dessa mammor fått information om hud-mot-hud mycket tidigare” (Intervju 6)

En barnmorska talade även om vikten av att informera föräldrarna om säker hud-mot-hud eftersom många föräldrar använder sin mobiltelefon eller surfplatta under hud-mot-hud. Risken finns att föräldrarna inte är observanta på barnets signaler, dess andning och inte ser om barnet glidit ner.

”Att man inte är observant, sitter med mobilen, ej observant på barnets signaler, andning och man har ej koll över fria luftvägar” (Intervju 8)

Socialstyrelsens råd om att spädbarn ska sova i egen säng och på rygg kunde ses som ett hinder för hud-mot-hud, men inget man vill gå emot och förespråka co-sleeping. En barnmorska uppmuntrade till att använda babynest eftersom barnet då kunde vara nära sina föräldrar även när de sov på natten.

Föräldrarnas inställning samt respekt för föräldrarnas önskan

Att respektera föräldrars önskan om hur de vill vårda sitt barn kunde vara både ett hinder och en möjlighet enligt barnmorskorna. Att undervisa oinformerade föräldrar om vikten av hud-mot-hud kunde upplevas som att personalen inte respekterade föräldrarnas sätt att vårda sitt barn. Vikten av att respektera föräldrarnas önskan kunde upplevas som ett hinder, eftersom det är föräldrarna som bestämmer och har ansvar för sitt barns omvårdnad. Det finns föräldrar som inte vill utöva hud-mot-hud och detta måste respekteras. Att göra något mot föräldrarnas vilja leder inte till något positivt längre fram.

”Sen är ju folk, föräldrarna är ju olika också, det är jättesvårt, vissa de, förstföderskorna som tycker – Nej, jag ska duscha först, jag ska det, jag ska detta.” (Intervju 2)

Organisatoriska hinder

Barnmorskorna i studien nämnde flera organisatoriska hinder och möjligheter för hud-mot-hud. Att sakna tydliga skriftliga riktlinjer att luta sig emot var något som beskrevs som ett hinder. Barnmorskorna upplevde att de arbetar på olika sätt med de nyblivna föräldrarna. De upplevde att hud-mot-hud ibland prioriteras bort eftersom det inte beskrevs som ett gemensamt mål. Att kunna erbjuda hjälpmedel, såsom bärsjalar upplevdes som en möjlighet eftersom detta gjorde det enklare för föräldrarna att praktisera hud-mot-hud. Barnsängen, eller ”plastbaljan”, som fortfarande finns kvar på BB-avdelningar upplevdes däremot som ett hinder eftersom den inbjöd till att vara den självklara platsen att lägga det påklädda barnet, istället för hud-mot-hud i famnen. Att göra en organisatorisk förändring såsom borttagande av barnsängen upplevdes som ett stort steg. BB-avdelningar som inte kunde erbjuda familjerum där partnern kunde stanna kvar med barnet och kvinnan upplevde detta som ett hinder för att praktisera kontinuerlig hud-mot-hud. Att barnmorskorna arbetar på olika sätt kunde uppfattas som ett hinder. Det upplevdes att alla barnmorskor inte prioriterade hud-mot-hud när barnet tedde sig välmående. De beskrev dock samtidigt att personalen ofta försökte hitta lösningar när det uppstod tydliga hinder för hud-mot-hud, såsom en trött mamma.

Otydliga rutiner

Att det saknades tydliga rutiner upplevdes som ett hinder, där alla i personalen inte medvetet arbetade lika aktivt för att främja hud-mot-hud. Samtidigt sades det att alla i personalstyrkan var pålästa i ämnet och visste hur bra det var att praktisera vårdhandlingen. Skriftliga PM och riktlinjer kunde användas för att tydliggöra rutiner

när meningsskiljaktigheter uppstod, de kunde även bidra till att ta fram mål som kunde vara mätbara i strävan att uppmuntra hud-mot-hud. Som barnmorska arbetade man självständigt inne hos föräldraparen på rummen, och därmed hade de inte riktigt insikt i hur medarbetare gör i vissa situationer. På detta sätt fick de utgå från sig själv och den kunskap de besitter.

”Vi vet att det är bra, vi ska främja det och uppmuntra föräldrarna men har inga nedskrivna rutiner att utgå ifrån” (Intervju 3)

Hjälpmedel som hjälper eller stjälper

Många barnmorskor nämnde barnsängen som finns på BB-avdelningar som ett hinder. En del uttryckte att de önskade att den plockades bort för att tydligare kunna uppmuntra till hud-mot-hud.

”Alltså, det är ju lite inbjudande, och man kan tolka det som att barnet ska ligga där om den (plastbaljan) finns på rummet” (Intervju 3)

Något annat som framkom i intervjuerna var att det finns hjälpmedel som möjliggör kontinuerlig hud-mot-hud, bland annat bärsjalar och tubtoppar. Dessa hjälpmedel hade dock en tendens att lätt tappas bort och på detta sätt uppstod en brist och det fanns inte tillräckligt med bärsjalar och tubtoppar att kunna låna ut till föräldraparen.

”Vi har en bärsjal men tyvärr så försvinner bärsjalar så vi kan inte erbjuda bärsjalar till alla föräldraparen” (Intervju 2)

Ett sjukhus löste dessa problem genom att alla föräldraparen får skriva under papper när de lånar en tubtopp eller bärsjal och att dessa hjälpmedel tvättas av personalen på avdelningen istället för att sändas ut till en tvättinrättning.

Personalens attityder

Barnmorskorna tog upp att det är svårt att uppmuntra till hud-mot-hud när barnen redan är påklädda när de kommer upp till BB. Deras önskan är att hud-mot-hud ska implementeras på alla sjukhus i landet och att man ser till fördelarna med hud-mot-hud istället för potentiella hinder. Samtidigt som vissa barnmorskor påpekade att det är lätt att äldre kollegor såg barnen som ”sina” och att det var svårt att införa nya rutiner där föräldrarna står för vårdandet av barnen och barnmorskorna är där för att stötta.

”Det är även personalen som inte tycker att det är viktigt med hud-mot-hud för man har inte gjort det från början och man vill göra på det gamla sättet” (Intervju 8)

Många av barnmorskorna ansåg att det i sådana här meningsskiljande situationer gäller att kontinuerlig undervisning av personalen sker för att påvisa vikten av hud-mot-hud. Vissa tar det mer för en självklarhet och andra tycker att barnen ligger lika bra att i sin säng. Samtidigt beskrev barnmorskor en attityd att alla hinder för hud-mot-hud kan övervinnas, genom att vara flexibel och involvera partner om modern inte finns tillgänglig.

“Sen är det kanske personalens syn på det hela, vissa tycker det är självklart att barnet ska ligga hud-mot-hud, och andra kanske, ja de tycker att barnet ligger lika bra i sin säng” (Intervju 3)

Platsbrist

Innebörden av platsbrist vid en normal förlossning kan vara att vissa BB-avdelningar inte har tillgång till enkelrum, och att det inte finns tillräckligt med personal för att underlätta implementering av hud-mot-hud. Att ha endast enkelrum möjliggör hud-mot-hud, då får partnern möjlighet att stanna kvar och vara med moder och barn. I de fall där partner inte fick stanna kvar uppstod hinder för kontinuerlig hud-mot-hud. Om modern är väldigt trött efter sin förlossning och partnern inte kunde kvarstanna på BB så är det lätt att barnet läggs i barnsängen. På de sjukhus där det inte finns tillgång till familjerum där partnern till kvinnan kunde stanna kvar upplevdes detta som ett hinder för hud-mot-hud.

“Något som möjliggör är ju att vi har familjerum så att man inte känner sig, att man behöver exponera sig för främmande människor” (Intervju 7)

Mödrar som genomgått ett kejsarsnitt är oftast i behov av en miljö där det är lugn och ro och barnet kan inte alltid vara hos modern med en gång av olika orsaker. Då får om möjligt partner, annan anhörig och ibland personal om det är möjligt att ha barnet hud-mot-hud.

“Ibland är det separation av mor och barn som kan hindra och då försöker vi uppmuntra partner, annan anhörig till hud-mot-hud” (Intervju 8)

Att vårda och lära känna sitt barn

Barnmorskorna i studien var tydliga med att beskriva fördelarna med hud-mot-hud och de upplevde att om de kunde påvisa fördelarna för föräldrarna blev implementeringen mycket lättare. Där föräldrarna tydligt upplevde fördelar såsom ett nöjt barn och lättare amningsstart, var de mer positiva till vårdhandlingen. Om föräldrarna kom från en annan kultur eller vid språksvårigheter upplevde barnmorskorna detta som ett hinder för hud-mot-hud. Kulturella skillnader upplevdes som svåra att överbrygga och rädslan för att kränka föräldrarna eller att vårdhandlingen skulle upplevas som ett tvång fanns ofta närvarande. Detta upplevdes som ett hinder när man strävade efter ett respektfullt bemötande. När det fanns ett tydligt behov av hud-mot-hud upplevdes det som lättare att genomföra vårdhandlingen.

Tyda signaler

Barnmorskorna uttryckte att hud-mot-hud hjälpte föräldrarna att tidigare lägga märke till barnets signaler. De upplevde att föräldrarna uppmärksammade barnets signaler på hunger tidigare när de hade barnet hud-mot-hud. Föräldrarna upplevde att barnen sov lugnare och längre då det fick ligga hud-mot-hud. Detta påtalades som en möjlighet för att praktisera hud-mot-hud då föräldrarna fick uppleva fördelarna med vårdhandlingen.

”Och om de då inte lägger tillbaka barnet i baljan, utan behåller det på sitt bröst, sin mage, då sover barnet längre och då märker de att de varit bra för barnet att ligga hos mig för då sover det mycket tryggare och mycket längre” (Intervju 3)

Hud-mot-hud som optimal omvårdnad

Att ge föräldrarna kunskap om varför hud-mot-hud var viktigt för barnet belystes som ett område där barnmorskorna spenderade mycket energi. Även då barnet inte tydligt signalerade själv så är hud-mot-hud viktigt för barnets välmående.

”För alla de processer behöver de mer energi än om de hade legat hos sin mamma hud-mot-hud, men det syns inte utanpå så att säga” (Intervju 3)

Vid situationer där barnet inte har sugit innan ankomst till BB, eller att barnet varit kallt, så används hud-mot-hud mer medvetet som en vårdhandling för att främja amningen eller för att stabilisera barnets temperatur. När hud-mot-hud blev en aktiv vårdhandling på grund av ett tydligt behov, blev det lättare att motivera vårdhandlingen. Det upplevdes som svårare att motivera föräldrarna till hud-mot-hud när barnet sov lugnt i barnsängen.

Kulturella perspektiv

Föräldrar som kommer från andra kulturer upplevde barnmorskorna som ett potentiellt hinder. Detta för att normen och kulturen för hur vi tar hand om ett nyfött barn kunde skilja sig stort. Här kunde även en språkbarriär hindra barnmorskan från att få fram informationen till föräldrarna, och barnmorskan fick närma sig med respekt och hänsyn till föräldrarnas önskemål. I sådana fall var det svårt att få föräldrapar att förstå hur viktigt det var med hud-mot-hud. Detta upplevdes som ett hinder eftersom arbetet ofta kändes som o gjort när föräldrarna lätt föll tillbaka till sina vanor och inte lyssnade till barnmorskornas muntliga eller skriftliga information.

”Det finns de med andra kulturer som även om man informerar dem och säger hur viktigt det är, som ändå packar in och tycker att det är det bästa för att barnet ska bli varmt och tryggt” (Intervju 4)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att använda en kvalitativ metod eftersom vi önskade få större förståelse för barnmorskors tankar kring hinder och möjligheter för kontinuerlig hud-mot-hud under barnets tid på en BB-avdelning. Metod var väl lämpad att använda eftersom vi eftersträvade att utforska upplevelser (Polit & Tatano Beck 2010, ss. 463–483, 565). Metoden passade även vårt syfte eftersom vi valde att intervjua ett relativt litet antal informanter och därigenom få en förståelse för vad som hindrar eller möjliggör vårdhandlingen. För att tydliggöra har vi använt tabeller så att läsaren ska kunna följa vårt förfarande under själva analysprocessen.

Inom kvalitativa forskningsmetoder uppstår det lätt skilda meningar kring vilka begrepp som bör användas för att redovisa uppsatsens (resultatet) trovärdighet. (Polit & Tatano Beck 2010, ss. 245–249, 222–250, 443–449, Lundman & Hällgren Graneheim, 2012, s. 197). Det är viktigt att ge läsaren en tydlig bild av hur urvalet gick till och beskriva analysförfarandet så att de som tar del av studien kan bilda sig en uppfattning om tolkningarnas trovärdighet.

Exklusionskriterier togs fram för att vi ville utforska barnmorskors tankar kring ämnet. Vi valde att exkludera andra personalgrupper som även de arbetar med vårdhandlingen på BB, så som sjuksköterskor och undersköterskor. Dessa uteslöts eftersom grupperna inte har samma fokus på den reproduktiva hälsan som barnmorskan. Inklusionskriterierna anser vi är relevanta. Urvalet i föreliggande studie anser vi har en bra variation med hänsyn till ålder och yrkesverksamma år. En svaghet i studien är att informanter från endast tre kliniker ingår i studien.

Vi valde att följa Polit & Tatano Becks (2010, ss. 319–320) tankar kring att använda oss av ett selektivt urval. Ett selektivt urval kan vara lämpligt vid en kvalitativ studie eftersom det är färre informanter och det är viktigt att de besitter kunskap om det aktuella ämnet (Polit & Tatano Beck, 2010, ss. 320). Vi anser att antalet barnmorskor som vi valde att intervjua var tillräckligt på denna nivå, samt att flera av informanterna tog upp liknande tankar kring vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud.

Tillförlitlighet innebär att vi som genomförde studien under hela processen verifierat våra ställningstaganden och motiverat våra val (Lundman, & Hällgren Graneheim, 2012, ss. 197–198). Vi har beskrivit hur vi har gått tillväga med val av metod, datainsamling och dataanalys, detta stärker studiens tillförlitlighet. Att samma frågor ställdes till alla informanter och där vid behov följdfrågor kunde ställas, leder även detta till att tillförlitligheten i vårt resultat ökar. Den förstärks även genom att vi valt att ta med citat från alla intervjuer (Polit & Tatano Beck 2010, ss. 447–448, s. 551).

Att vi valde att utföra intervjuerna med hjälp av semistrukturerade intervjuguider gjorde så att informanterna fick samma möjlighet att svara på de frågor vi ställde, oavsett vem som höll i intervjun.

Under studiens gång har vi kontrollerat att resultatet svarat an på det syftet vi hade.

Kvalitativa studier har kritiserats för att inte värdera sammanhang och att antalet deltagare är för få för att kunna producera överförbara resultat (Polit & Tatano Beck 2010, s. 326, 570).

Vår önskan var att få en större förståelse för barnmorskors tankar kring vårdhandlingen och det upplever vi att vi har uppnått. Vi anser att studien har giltighet eftersom våra intervjufrågor svarar på det som vi avsett med vårt syfte (Lundman, & Hällgren Graneheim, 2012, s. 198). Eftersom tiden varit knapp har vi inte kunnat be andra forskare att bedöma våra utskrifter för att få en större objektivitet. Fler informanter hade kunnat stärka studiens överförbarhet.

En tydlig svaghet var att vi inte hade tidigare erfarenhet om vald analysmetod och att det finns risk för att detta kan påverka studiens resultat. Hade vi valt en annan metod kunde vi ha utvecklat frågorna efter hand, eller ställt mer öppna frågor. Därigenom kunde vi kanske fått en djupare förståelse, men då hade inte informanterna fått samma möjlighet att svara på våra frågor. Det hade varit intressant att se hur resultatet hade skilt sig åt, och i så fall på vilket sätt, om vi hade använt en annan metod.

Vi har valt att redovisa resultaten som en deskriptiv kvalitativ studie där vi vill lyfta fram barnmorskors tankar om möjligheter och hinder för hud-mot-hud när mor och barn befinner sig på BB-avdelning. Det är en miljö och ett sammanhang som styrs av rutiner och där vårdpersonal kan uppmuntra och stötta vårdhandlingar som är bra för både mor och barn.

Vi har därför valt en lägre abstraktionsnivå, mer för att vårt syfte var att beskriva barnmorskors tankar om ämnet. I en analys tydliggörs ett manifest innehåll som består av den bearbetade texten utan en högre grad av abstraktion. Det latenta innehållet uppnås först efter djupare tolkning och visar den underliggande meningen i texten (Kondracki, Wellman & Amundsen, 2002, s. 225). Detta har inte gjorts och kan därför vara en svaghet i studien

Vi överlämnar till de som läser studien att avgöra om studiens resultat är överförbart till likartade urvalsgrupper. Vi anser att studiens resultat kan vara av intresse för alla som arbetar med vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud.

Resultatdiskussion

Information, undervisning och stöd

Det som till stor del möjliggjorde vårdhandlingen hud-mot-hud var ett välinformerat föräldrpar. I de fall när föräldrarna förstod vikten och fördelarna av vårdhandlingen så upplevde barnmorskorna att implementering var lättare. Finigan & Longs (2014, ss. 270–271) samt Dalbye, Calais & Bergs (2011, ss. 109–110) studier visar att genom information under graviditet blir kvinnor medvetna om fördelarna med hud-mot-hud. Detta stödjer även studier från Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson (2007, ss. 106–113) samt Thernström Blomqvist, Frölund, Rubertsson, Hedberg Nyqvist (2012, s. 346). Föräldraförberedande kurser med information till blivande föräldrar är därför viktigt att erbjuda.

Under våra intervjuer togs samtal upp om de svårigheter barnmorskor mötte hos föräldrar som inte deltagit i föräldraförberedande kurser. Dessa föräldrar var ofta inte pålästa inom ämnet och kunde ha svårt att ta in barnmorskornas motivering av varför hud-mot-hud är viktig. Det var dessa föräldrar som redan på förlossningsavdelningen önskade klä på barnet.

Det är inte alltid att en förlossning sker utan komplikationer. I dessa situationer kan partnern ha en större roll vid implementering av hud-mot-hud. Detta kunde ske vid till exempel kejsarsnitt, eller om modern var trött och inte orkade ha barnet hos sig. Det är viktigt att undervisa och informera föräldrarna om hur och varför det är viktigt för moder, partner och barnet med hud-mot-hud (Thernström et al., 2012, ss. 345–352, Finigan & Long 2014, ss. 271–275, Crenshaw 2007, s. 216). Vid komplicerade förlossningar beskrev barnmorskorna att stödet till föräldrarna blev ännu viktigare för att möjliggöra hud-mot-hud.

Barnmorskan bör vara införstådd med att upplevelser skiljer sig åt mellan födande kvinnor. Dalbye, Calais & Berg (2011, s. 109) samt Finigan & Long (2014, ss. 271–275) fann att det är viktigt med en lyhörd barnmorska. Det gällde även att stötta de föräldrar som mår bra efter förlossning till att praktisera hud-mot-hud. Vad som, av vårdpersonal, beskrevs som en okomplicerad förlossning kunde av kvinnan upplevts som negativ eller på annat sätt svår. Här behövde barnmorskan kunna läsa av

situationen, stödja både modern och partnern, och uppmuntra till hud-mot-hud för att främja anknytningen (Thernström et al., 2012, s. 348, Crenshaw 2007, s. 216). Dessa föräldrar kunde behöva uppmuntras av barnmorskorna och stöttas i anknytningen med sitt barn genom hud-mot-hud för att de inte skulle fastna i en negativ förlossningsupplevelse. Begreppet empowerment beskrevs som ett sätt att stärka kvinnan i sitt moderskap (Hermansson & Mårtensson, 2011, ss. 815–816). Barnmorskan kan, genom att stötta kvinnan att praktisera hud-mot-hud, stärka moderns och barnets anknytning. Detta skulle kunna motverka känslor av negativitet och hjälplöshet efter en negativ förlossningsupplevelse, eller en period av separation efter en komplicerad förlossning (Nyqvist et al. 2010, s. 822–823).

Några barnmorskor nämnde att mobilen eller iPad kunde vara en risk för att hud-mot-hud inte praktiseras på ett, för barnet, säkert sätt. Detta är inget vi har funnit belägg för i studier eller litteratur.

Organisatoriska hinder

På ett tidigt stadium i föreliggande studie var det en allmän upplevelse av barnmorskorna att det brast i de rutiner och PM som fanns att arbeta utifrån. Det var lätt att personal arbetade på olika sätt och gav olika information till föräldrarna. Eftersom personalen inte hade tydliga riktlinjer att arbeta utifrån kunde det leda till bristande kommunikation och tillit. Att bristande kommunikation kunde utgöra ett hinder är något som även tidigare forskning kommit fram till (Thernström et al., 2012, ss. 348–351, Dalbye, Calais & Berg 2011, s. 109).

Barnmorskor ansåg att det skilde mycket i hur olika instanser arbetade med information och undervisning kring implementering av hud-mot-hud vilket även belyses av Thernström et al. (2012, s. 346, s. 348). Hade föräldrarna fått samma information från alla instanser så hade implementering av hud-mot-hud inte ifrågasatts på samma sätt (Thernström et al., 2012, ss. 346–348, Dalbye, Calais & Berg 2011, s. 109).

Barnmorskorna beskrev att tydliga riktlinjer i hur kontinuerlig hud-mot-hud implementeras skulle uppmuntra vårdhandlingen (Crenshaw 2007, s. 215), vilket också framkommer i föreliggande studie.

Det är av vikt att rutiner tas fram där kontinuerlig hud-mot-hud möjliggörs. När rutiner tagits fram är det viktigt att de även följs och uppmuntras av personal (Dalbye, Calais & Berg 2011, s. 109). Detta kan underlättas om all personalen som möter föräldrarna får kontinuerlig undervisning och uppdatering inom relevant forskning. Denna information bör baseras på evidensbaserad forskning inom kontinuerlig hud-mot-hud. Det kan vara av värde att en person på avdelningen är ansvarig för att uppdatera PM, riktlinjer och får tid avsatt att hålla sig uppdaterad med nationell och internationell forskning inom ämnet och sedan ansvarar för att föra kunskapen vidare till sina kollegor.

Barnsängen, eller ”plastbaljan”, var något som beskrevs som ett stort hinder, den upplevdes som ett alltför inbjudande alternativ till att ha barnet i famnen. Barnmorskorna beskrev en önskan att den tas bort som en naturlig del av BB-rummet, men att det var svårt att ändra på gamla rutiner. Att barnsängen är ett hinder för hud-mot-hud har tidigare beskrivits av Calais et al. (2010), där de såg att på det sjukhus där barnsängen tagits bort blev det lättare att implementera hud-mot-hud. På de BB-

avdelningar vi utförde intervjuer rådde det besöksförbud för alla utom partnern till kvinnan och syskon till barnet. Många besökare på BB har visat sig vara ett hinder för hud-mot-hud eftersom det är fler som vill hålla barnet och den nyblivna familjen blir störd under den första tiden men barnet (Ferrarello & Hatfield, L. 2014). Här har en rutin implementerats som stöttar hud-mot-hud och värnar om anknytningsprocessen för den nyblivna familjen.

Skulle BB-avdelningar på samma sätt kunna ta bort barnsängen vilken många barnmorskor upplever som ett hinder och på så sätt uppmuntra föräldrarna till att istället ha barnet hud-mot-hud? Personalen skulle kunna, genom att identifiera hindrande faktorer, arbeta för att eliminera dessa och därigenom möjliggöra hud-mot-hud (Ferrarello & Hatfield, 2014, Crenshaw 2007, s. 216). Detta skulle i en förlängning kunna stötta modern och hennes partner i sitt föräldraskap.

En annan rutin att införa för att uppmuntra hud-mot-hud kan vara att föräldrarna får pröva på en bärsjal och lära sig att använda denna redan under graviditeten och på detta sätt får en större förståelse för dess fördelar.

Personalens attityder kunde upplevas både som ett hinder och en möjlighet. Flera av barnmorskorna beskrev en positiv attityd i att hinder för hud-mot-hud ofta kunde övervinnas, men ibland kände de att alla inte var lika uppmuntrande i mötet med föräldrarna. Thernström et al. (2012, s. 351) fann även att personalens attityder påverkade implementeringen av kontinuerlig hud-mot-hud. Hur man blir bemött av vårdpersonalen kunde ha stor betydelse för de nyblivna föräldrarna. En tidigare studie beskrev att personal som inte verkade stöttande av vårdhandlingen kunde göra föräldrarna tveksamma om de gjorde rätt (Dalbye et al. 2011, s. 109). Som personal måste man därför vara medveten om att ens egen attityd till vårdhandlingen har betydelse för de nyblivna föräldrarna. Barnmorskor och övrig personal får inte heller känna rädsla att våga stå emot sina kollegor om fel information ges eller det finns brister i given information. Detta kan underlättas om det sker kontinuerlig utbildning av all personal och att uppmuntra öppen kommunikation kollegor emellan (Thernström et al., 2012, s. 348, Dalbye, Calais & Berg 2011, s. 110).

Platsbrist upplevdes som ett hinder när partnern inte kunde stanna kvar om det inte fanns familjerum eller enkelrum till den nyblivna familjen. Här kunde inte modern stöttas av sin partner och det blev svårare att praktisera en mer kontinuerlig period av hud-mot-hud. Hur BB-avdelningen är utformad spelar här en stor roll för hur möjligheten att erbjuda familjerum ser ut. När många BB-avdelningar renoveras och inför familjerum kan det bli lättare att implementera kontinuerlig hud-mot-hud. Paren kan få ett eget rum där de inte behöver vara fullt påklädda eller ta hänsyn till omgivningen och kan hela tiden ha barnet hud-mot-hud, detta har visat sig möjliggöra vårdhandlingen (Thernström et al., 2012, s. 351, Finigan & Long 2014, s. 275, Crenshaw 2007, s. 215).

Att vårda och lära känna sitt barn

Att hud-mot-hud hjälper föräldrarna på ett tidigare stadium lära känna barnets signaler, och bli mer lyhörd för detta, var en punkt som nämndes av flera barnmorskor. Detta har även belysts av Dalbye, Calais & Berg (2011, ss. 107–110) samt Carfoot, Williamson &

Dickson (2004, s. 76) i deras forskning som påtalar att föräldrar som vårdar hud-mot-hud får det lättare med amning, temperaturreglering av barnet och anknytningen till det nyfödda barnet (Erlandsson et al., 2007, ss. 106–113, Thernström et al., 2012, s. 346, Finigan & Long 2014, ss. 271–275, Crenshaw 2007, ss. 211–216).

Ett potentiellt hinder för hud-mot-hud som barnmorskorna beskrev var kulturella olikheter. Detta uppmärksammades också i studien av Finigan & Long (2014, ss. 271–275). En del kulturer uppmuntrar till att barnet tidigt kläs på, ibland med flera lager kläder eller filter, och läggs i plastbaljan (Zwedberg, Blomquist, & Sigerstad, 2015, ss. 216–218). Barnmorskorna beskrev en osäkerhet och en rädsla att kränka föräldrarna när barnmorskorna uppmuntrade till hud-mot-hud, eller att de informerade men att informationen föll för döva öron. Språkförbistringar togs också upp som ett hinder. Vår studie påvisar ett behov av att förse barnmorskor med mer etnisk- och kulturell kunskap för att komma över dessa kulturella hinder vid implementering hud-mot-hud. Föräldrar med en annan kulturell bakgrund upplevdes ha en stor önskan att klä på barnen både vantar, mössa och lägga dem i baljan med filter över. En studie visade att det var viktigare för barnmorskan att se kvinnan som en individ än som en del av en annan kultur, flera kvinnor i studien uttryckte att hud-mot-hud upplevdes som naturlig för just det sammanhanget (förlossningen) (Finigan & Long, 2014, ss. 271–275).

Barnmorskor upplever att det kan vara ett svårt avvägande att respektera föräldrarnas sätt att vårda barnet, och samtidigt väga in barnets behov. Det beskrevs som enklare att motivera hud-mot-hud när det fanns ett tydligt behov såsom ett kallt barn eller om barnet inte hade tagit bröstet när barnet kom till BB. Även om barnen mår bäst av att ligga hud-mot-hud så upplevdes det som svårare att motivera föräldrarna till vårdhandlingen eftersom barnet som låg i baljan för övrigt var nöjt. Kvinnor som vårdar sina barn hud-mot-hud gav sina barn bra förutsättningar för deras start i livet, barnmorskorna beskrev de olika fördelarna med vårdhandlingen och talade om hud-mot-hud som det bästa stället för barnet (Thernström et al., 2012, ss. 345–352, Crenshaw 2007 s. 216, Carfoot, Williamson & Dickson 2004, s. 76).

SLUTSATSER

Det finns få studier som tar upp barnmorskors tankar kring hinder och möjligheter för kontinuerlig hud-mot-hud på BB. Den forskning vi har tagit del av visar på liknande resultat om vad som hindrar och möjliggör vårdhandlingen.

Föreliggande studie visade att barnmorskor är i behov av tydliga riktlinjer att arbeta utifrån. BB-avdelningar bör utrustas med hjälpmedel för att kunna erbjuda föräldrarna möjligheter att bära och vårda sina barn hud-mot-hud så kontinuerligt som möjligt, såsom bärsjalar. Om föräldraparen informeras om hud-mot-hud på ett tidigare stadium under graviditeten har de möjlighet att införskaffa de hjälpmedel som kan underlätta hud-mot-hud.

All personal som arbetar med föräldrarna bör få utbildning om implementering av kontinuerlig hud-mot-hud. Föräldrarna bör få tidig information via föräldraförberedande kurser för att öka möjligheten till en säker implementering av vårdhandlingen. Fler studier behövs om hur barnmorskor kan bemöta, informera och utbilda föräldrapar med

en annan kulturell bakgrund eftersom vår studie påvisar att det finns upplevelser av kulturella hinder.

Den kunskap som vår studie och tidigare forskning resulterat i kan komma till användning för BB-avdelningar i landet. Det som studien kan lära ut är, att alla barnmorskor bör få verktyg som hjälper till med implementering av hud-mot-hud oavsett vilken förkunskap eller kulturell bakgrund föräldrarna sedan tidigare har. Att inte tveka i att uppmuntra hud-mot-hud på grund av ängslan över att göra fel.

Även om tidig information är att eftersträva så är det aldrig fel att informera när föräldrar och barn kommer till BB.

Det hade varit önskvärt med fortsatt forskning som tar upp de kulturella aspekterna vid implementering av hud-mot-hud.

REFERENSER

Barnmorskeförbundet (2016) <http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/> [2017-01-11]

Berg, M., Premberg, Å. (2010) Att bli förälder. Berg, M., Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur: Lund. ss. 69–83.

Bergman, NJ. & Jurisoo, LA. (1994). The “Kangaroo-method” for treating low birth weight babies in developing country. *Tropical Doctor* 24; ss. 57–60

Bergman, J. & Bergman, N. (2013) Who’s Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby’s Biological Needs. *The Journal of Perinatal Education*. 2013 Winter 22(1). ss. 8-13. DOI: [10.1891/1058-1243.22.1.8](https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.8)

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A-S., Ransjö-Arvidson, A-B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widström, A-M. (2009) Early contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction one year later. *Birth*. 36:2 June 2009. DOI: [10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x)

Bystrova, K., Widström, AM., Matthiesen, AS., Ransjö-Arvidson, AB., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Voronstov, I., Uvnäs-Moberg, K. (2003) Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica* 2003; 92: 320–6. DOI: [10.1111/j.1651-2227.2003.tb00553.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00553.x)

Calais, E., Dalbye, R., Nyqvist, KH., Berg, M. (2010) Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings. *Acta Paediatrica* 2010;99:1080-1090. DOI:[10.1111/j.1651-2227.2010.01742.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01742.x)

Carfoot, S., Williamson, P. & Dickson, R. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. *Midwifery*. 21:71–79. DOI:[10.1016/j.midw.2004.09.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.002)

Carpenter, R., McGarvey, C., Mitchell, E., Tappin, D., Vennemann, Mechtild, M., Smuck, M., Carpenter & James, R. (2013) Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 3:5. DOI: [10.1136/bmjopen-2012-002299](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002299)

Crenshaw, J. (2007). Keep mother and baby together - it’s best for mother, baby and breastfeeding. *The journal of Perinatal Education*. 23(4), ss. 211–217. DOI:[10.1891/1058-1243.23.4.211](https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211)

Dabrowski, G. (2007) Skin-to-Skin Contact: Giving birth back to mothers and babies. *Nursing for Women’s Health*. 2007; 11:1 66–71. DOI: [10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x)

Dalbye, R., Calais, E., Berg, M. (2011) Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy fullterm newborns - A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2 2011: ss. 107–111. DOI:10.1016/j.srhc.2011.03.003.

Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A-S., Welles-Nyström, B., Widström, A-M. (2012) Influences of Skin-to-Skin contact and rooming-in on early Mother-Infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research* 22(3) 310-336. DOI:10.1177/1054773812468316

Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 34(2) 105-114. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00162.x

Ferrarello, D., Hatfield, L. (2014) Barriers to skin-to-skin Care during the postpartum stay. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. Volume 39(1), January/February 2014, p 56–61. DOI: 10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d

Finigan, V., Long, T. (2014) Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth 'dirt'. *International Nursing Review* 61, 270–277. DOI: 10.1111/inr.12100.

Finnström, O. (2008) Det fullgångna barnet. Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red). *Neonatologi*. Studentlitteratur: Lund. ss. 77–88.

Folkhälsomyndigheten (2016) Sexuell och reproduktiv hälsa -Målområde 8. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/sexualitet-och-reproduktiv-halsa/> [2016-05-18]

Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011) Empowerment in the midwifery context -a concept analysis. *Midwifery*. 27 (2011). Ss. 811-816. DOI: 10.1016/j.midw.2010.08.005

Höjeberg, P. (2009) Inledning -barnmorskans historia. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., Lundgren, I. (red) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur. ss. 19–38.

International Confederation of Midwives (2011) *ICM International definition of the Midwife*. <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf> [2016-09-22]

Klerberg, A., Westrup, B. & Stjernqvist, K. (2000) Developmental outcome, child behavior and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP). *Early Hum Dev*. 2000;60: 59–73. DOI:10.1016/S0378-3782(00)00114-6.

Kondracki, N. L., Wellman, N.S. & Amundsen, D.R. (2002) Content analysis:review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*: Vol 34:4 (224-230). DOI:10.1016/S1499-4046(06)60097-3.

Kvale, S & Brinkman, S., (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* Lund: Studentlitteratur. ss. 159-173.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. ss. 187-210.

Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I. & Hermansson, E. (2014) Midwives' lived experience of caring during childbirth -a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*; 5 (2014) ss: 113-118. DOI:10.1016/j.srhc.2014.06.008

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning - En introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5, CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3

Nyqvist, KH., Andersson, GC., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ibe, O., Ludington-Hoe, S., Mendoza, s., Pallás-Allonso, C., Ruiz Peláez, JG., Sizun, J. & Widström, A-M. (2010) Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*. 2010 Jun;99(6) ss. 820-826. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.01787.x.

Olsson, H. & Sörensen. S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Patientsäkerhetslagen 2010:659 http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659 [2016-05-18]

Phillips, R. (2013) The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13 (2013) ss. 67-72. DOI: 10.1053/j.nainr.2013.04.001

Polit, D. F. & Tatano Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Philadelphia PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins

Programme of action (2014) International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994, 20th Anniversary Edition ss. 59–60
http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf [2016-05-19]

SFS (2008:192) Lagen om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
[https://www.lagboken.se/Views/Pages/GetFile.ashx?portalId=56&cat=27526&docId=181354&propId=5#search="sfs. 2008:192"](https://www.lagboken.se/Views/Pages/GetFile.ashx?portalId=56&cat=27526&docId=181354&propId=5#search=)

Skin-to-skin contact. Support for Kangaroo Mother Care based on science and evidence (2011) <http://www.skintoskincontact.com> [2016-01-06]

Socialstyrelsen (2006) Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska.
<http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf> [2016-05-18]

Socialstyrelsen (2014) Minska risken för plötslig spädbarnsdöd. En vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal.
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19370/2014-3-3.pdf> [2017-01-12]

Svensson K. (2008) Amning. Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L., Norman, M. (red.) *Neonatologi*. Studentlitteratur: Lund. ss. 127–138.

Svensson, K., Matthiesen, A-S. & Widström, A-M. (2005) Night Rooming-in: Who decides? An example of Staff influence on mother's attitude. *Birth*. 2005;32:2, ss. 99–106. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00352.x

Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M. & Kawabe, T. (2010) Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*. 87 (2011) ss. 151-157. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012

Thernström Blomqvist, Y., Frölund, L., Rubertsson, C., Hedberg Nyqvist, K. (2012). Provision of kangaroo mother care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27; ss. 345–353. DOI:10.1111/j.1471-7612.2012.01040.x

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 20(4), ss. 175–180. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.08.004>

Widström, A-M. (2009) Amning. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Studentlitteratur: Lund. ss. 459–494.

World Health Organization (2003) Department of Reproductive Health and Research Kangaroo Mother Care, A practical guide

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf> [2016-01-03]

World Health Organization (2009) Baby-friendly hospital initiative. Revised Updates and Expanded for Integrated Care.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf [2016-01-06]

Zwedberg, S., Blomquist, J. & Sigerstad, E. (2015) Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*. 2015; 31: ss. 215–220. DOI: 10.1016/j.midw.2014.08.014.

BILAGOR

Bilaga 1



Godkännande av verksamhetschef för datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Vår uppsats har som syfte att undersöka barnmorskors upplevelse av hinder och möjligheter att införa vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud under barnets första levnadsdagar på BB. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring barnmorskors inställning och attityd gentemot vårdhandlingen.

I examensarbetet krävs att vi intervjuar sex till tio barnmorskor som arbetar på BB-avdelning. Barnmorskorna vi önskar intervjua ska ha en erfarenhetsnivå som spänner från novis (mindre än 5 år i yrket) till expert (över 10 år i yrket).

För att kunna genomföra detta önskar vi er tillåtelse och hjälp för att hitta passande informanter till studien. Barnmorskorna kommer att få skriftlig information om studien och vid intervjutillfället muntlig information samt ett samtyckesformulär om de önskar delta. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas ordagrant. All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla deltagare kan när helst de önskar välja att avsluta sitt deltagande utan att uppge orsak.

Godkännande

Härmed godkänner jag att Karin Nilsson och Anna Südow får kontakta barnmorskor på XXXXXXXX i syfte att genomföra studien.

Namn

Namnförtydligande

Datum och Ort

Examensarbetet utförs under handledning av Åsa Larsson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033-4354728 eller e-mail: asa.larsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Karin Nilsson

Tel: 0725-216457

Mail: karin_boston@hotmail.com

Anna Südow

Tel: 0707-920932

Mail: s152953@student.hb.se



Information om examensarbete om kontinuerlig hud-mot-hud under barnets första levnadsdagar på BB-avdelning

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Med vårt examensarbete är syftet att beskriva barnmorskors upplevelse av hinder och möjligheter för att införa vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud under barnets första levnadsdagar på BB, för att därigenom få större förståelse och kunskap kring vården.

Vi frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse. Intervjuerna kommer göras utav oss två studenter. Du får själv välja önskad tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30–60 minuter. Den kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuarna, kan få tillgång till det. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om du önskar delta i studien, vänligen meddela oss via e-mail, telefon eller SMS före datum: _____ - ____ - ____

Vi kommer därefter kontakta dig via telefon för att bestämma plats och tid för intervjun. Samtyckesformulär erhålles i samband med intervjutillfället. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Åsa Larsson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033-4354728 eller e-mail: asa.larsson@hb.se

Med vänliga hälsningar
Karin Nilsson
Tel: 0725-216457
Mail: karin_boston@hotmail.com

Anna Südow
Tel: 0707-920932
Mail: s152953@student.hb.se



Samtyckesformulär

Jag har tagit del av medskickad information angående intervjustudien om barnmorskors upplevelser av hinder och möjligheter för att införa vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud kontakt under barnets första levnadsdagar på BB. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn

Namnförtydligande

Ort och datum

Med vänliga hälsningar

Karin Nilsson

Tel: 0725-216457

Mail: karin_boston@hotmail.com

Anna Södow

Tel: 0707-920932

Mail: s152953@student.hb.se



Ålder

Yrkesutbildning

Antal år som barnmorska

Antal år på BB

1. Vad har du för tidigare erfarenheter av vårdhandlingen hud-mot-hud kontakt som vård under barnets första levnadsdagar?
2. Vilka negativa faktorer anser du som barnmorska att det finns för implementering av kontinuerlig hud-mot-hud kontakt?
3. Vilka positiva faktorer anser du som barnmorska att det finns för implementering av kontinuerlig hud-mot-hud kontakt?
4. Hur arbetar barnmorskor på BB med vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud kontakt?
5. Vad är det som möjliggör vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud kontakt?
6. Vad är det som hindrar vårdhandlingen kontinuerlig hud-mot-hud kontakt?
7. Har ni några vedertagna standardvårdplaner för kontinuerlig hud-mot-hud kontakt?
8. Några fördelar enligt dig?
9. Några nackdelar enligt dig?