



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal

Vårdpersonalens upplevelser av arbetet med hud-mot-hud kontakt efter förlossningen.

- En litteraturöversikt

Health personnel's perception of working with skin-to-skin contact after childbirth.

- A literature study

Projektplan sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2022

Författare:

Karoline Larsson

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Handledare:

Emilija Wilson

Barnmorska & Biträdande Lektor

Karolinska institutet

Författare:

Matilda Ståhlberg

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Examinator:

Ewa Andersson

Barnmorska & Biträdande Lektor

Karolinska Institutet

Sammanfattning

Bakgrund: Hud-mot-hud mellan mor och barn innebär att barnet placeras naket på moderns bröst och har visat på många fördelar för mor och barn såsom initiering av amning, anknytning samt fysiologiska fördelar. Många vårdinrättningar världen över har som tradition att lägga barnet hud-mot-hud direkt efter men det finns fortfarande de sjukhus som saknar ett arbetssätt för att främja hud-mot-hud efter förlossningen, trots kunskapen om fördelarna. Studier rekommenderar att vårdgivare inom obstetrik ska möjliggöra hud-mot-hud så snart som möjligt efter både kirurgiska och vaginala förlossningar. **Syfte:** Att undersöka vårdpersonalens upplevelser av arbetet med hud-mot-hud mellan mor och det friska fullgångna barnet inom två timmar efter förlossningen. **Metod:** En litteraturöversikt med kvalitativ design där tio artiklar inkluderades. Sökningar genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. Artiklarna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med inspiration av Graneheim och Lundman (2004). **Resultat:** Analysen genererade fyra huvudkategorier med tolv tillhörande kategorier. De fyra huvudkategorierna var: *“Kunskapens och miljöns betydelse”*, *“Vårdpersonalens hjälpande eller stjälpande handläggning”*, *“Hud-mot-hud och dess påverkan på personen”* och *“Moderns plats i rummet”*. **Slutsats:** Upplevelser kring arbetet med HMH skiljde sig mellan olika vårdprofessioner och i de fall där HMH inte genomfördes grundades upplevelserna på kunskapsluckor och brister i arbetssätt och arbetsmiljö. Genom förändring på organisatorisk- och individnivå kan vårdpersonalen främja arbetet med HMH så att alla mödrar och barn ska få ta del av de främjande egenskaperna av HMH på ett riskfritt sätt.

Nyckelord: Vårdpersonal, upplevelse, hud-mot-hud, förlossning, kejsarsnitt

Abstract

Background: Skin-to-skin between mother and child is a practice whereby the naked baby is placed on the mother's chest which has shown many benefits for both mother and child such as initiation of breastfeeding, as well as attachment and physiological benefits. Many countries have a tradition of adopting the skin-to-skin technique immediately after birth, but there are still many hospitals that lack a working method to promote skin-to-skin after birth. Research recommends that obstetric care providers should be able to initiate skin-to-skin as soon as possible after both cesarean sections and vaginal deliveries. **Aim:** To investigate health personnel perceptions of working with skin-to-skin between mother and the healthy full-term infant within two hours of delivery. **Method:** A literature review with a qualitative design where ten articles were included. The search was made using the PubMed and CINAHL databases. The articles were analysed with a qualitative content analysis inspired by Graneheim och Lundman (2004). **Results:** The analysis resulted in four main categories with a combined twelve categories. The four main categories were: *“The meaning of education and environment”*, *“The helping or destroying management of healthcare personnel”*, *“Skin-to-skin and its impact on the person”* and *“The mothers place in the room”*. **Conclusion:** The perception around the work with SSC differed between the different professions. In cases where SSC was not carried through, the perceptions preventing it were found through gaps in knowledge and flaws in the working environment. Through a change in organizational factors and in the work on an individual level may health personnel promote the work around SSC so that every mother and child should reap the health benefits of SSC.

Keywords: Health personnel, perception, skin-to-skin, delivery, cesarean section

Innehållsförteckning

1 Bakgrund	1
1.1 Utvecklingen av förlossningsvården	1
1.2 Förlossningssätt	1
1.2.1 Vaginal förlossning	1
1.2.2 Kejsarsnitt	2
1.3 Separation mellan mor och barn	3
1.3.1 Separation ur ett historiskt perspektiv	3
1.3.2 Separation idag	3
1.4 Hud-mot-hud	4
1.4.1 Utvecklingen av hud-mot-hud	4
1.4.2 Säker hud-mot-hud	4
1.4.3 Fördelar med hud-mot-hud	5
1.5 Vårdpersonalens roll	7
1.6 Problemformulering	8
3 Syfte	8
4 Metod	8
4.1 Design	8
4.2 Datainsamling	8
4.2.1 Sökstrategi	8
4.2.2 Urvalsprocess	9
4.3 Urval	10
4.4 Kvalitetsgranskning	11
4.5 Dataanalys	11
4.6 Etiska överväganden	13
5 Resultat	13
5.1 Kunskapens och miljöns betydelse	14
5.2 Vårdpersonalens hjälpande eller stölpande handläggning	18
5.3 Hud-mot-hud och dess påverkan på personen	20
5.4 Moderns plats i rummet	22
6 Diskussion	24
6.1 Metoddiskussion	24
6.1.1 Studiedesign	24
6.1.2 Datainsamling	24
6.1.3 Urval	25

6.1.4 Kvalitetsgranskning	26
6.1.5 Förförståelse och analys	26
6.1.6 Etiska ställningstaganden	27
6.2 Resultatdiskussion	27
7 Slutsats	33
8 Kliniska implikationer	34
9 Förslag till vidare forskning	34
10 Referenslista	35
11 Bilaga 1	45
12 Bilaga 2	45
13 Bilaga 3	46
14 Bilaga 4	48
15 Bilaga 5	50

1 Bakgrund

1.1 Utvecklingen av förlossningsvården

I början av 1900-talet när förlossningsvården flyttades från hemmet till sjukhusen började man separera mor och barn direkt efter förlossningen. Med tiden har de negativa aspekterna av detta belysts och man har gått tillbaka till att förespråka att mor och barn ska vara nära varandra. Sedan sent 1990-tal började många distriktssjukhus använda sig av neonatal samvård där barn och föräldrar vårdas tillsammans, som senare även blev implementerat på större sjukhus. Man tror att en anledning till att det inte implementerats på fler sjukhus är att det kräver ändring inom vårdsystem som kan bli svårt då man måste engagera och samvårda patienter från olika kliniker, exempelvis barn från neonatalavdelningen med deras mödrar från eftervårdsavdelningen (Klemming et al., 2021). Förlossningsvården varierar mycket världen över och det är inte ovanligt att en läkare övervakar både normal- och riskförlossningar, vilket är ett resultat av att förlossningsvården har blivit mer medikaliserad (Shaw, 2013).

1.2 Förlossningssätt

1.2.1 Vaginal förlossning

Ungefär 80 procent av alla vaginala förlossningar av enkelbörd är i fullgången tid och av spontan förlossningsstart (Desai & Tsukerman, 2022). En normal vaginal förlossning är förenat med många fördelar för både mor och barn såsom initiering av amning, anknytning mellan mor och barn, snabbare fysisk och psykisk återhämtning för modern och fysiologiska fördelar för barnet (Desai & Tsukerman, 2022). När barnet är framfött är det fördelaktigt att barnet läggs på moderns bröst men tillämpning av HMH (hud-mot-hud) kontakt efter en vaginal förlossning skiljer sig kraftigt och kan variera från en till 96 procent mellan olika länder där utövandet är vanligare i höginkomstländer än i låginkomstländer (Abdulghani et al., 2022).

Vilken personal som närvarar vid en vaginal förlossning ser olika ut i olika länder men består vanligtvis av läkare, barnmorskor och sjuksköterskor globalt sett. Barnläkare och anestesipersonal bör finnas tillgängliga om det uppstår komplikationer för mor och barn. För

att en vaginal förlossning ska vara säker krävs ett gott samarbete mellan vårdpersonal, stödpersoner och den födande för att förhindra sjuklighet och dödlighet (Desai & Tsukerman, 2022).

1.2.2 Kejsarsnitt

Vid ett kejsarsnitt sker förlossningen genom moderns buk i stället för vaginalt och är en av de vanligaste operationerna världen över (Darnal & Dangal, 2020). Indikationer för kejsarsnitt kan exempelvis vara att barnet ligger i en position som omöjliggör en vaginal förlossning, tecken på stress hos barnet under förlossningsarbetet eller faktorer hos modern såsom antal tidigare kejsarsnitt, sjukdomstillstånd eller placering av placenta. Kejsarsnitt kan också ske på kvinnans egen begäran till följd av exempelvis förlossningsrädsla (Celik, 2016). Kejsarsnitt har en högre dödlighet och sjuklighet jämfört med vaginala förlossningar (Darnal & Dangal, 2020). Kejsarsnittsfrekvensen ökar globalt och år 2021 var 21 procent av alla förlossningar i världen med hjälp av kejsarsnitt och siffran förväntas öka de kommande åren till att år 2030 vara uppe i 29 procent (World Health Organization [WHO], 2021).

Under ett kejsarsnitt har modern ofta inte möjlighet att bevittna födseln av sitt barn och på många kliniker tar vårdpersonalen barnet direkt till barnbordet för en första bedömning och den första HMH kontakten blir därmed senarelagd (Narayan et al., 2018). Forskning har dock visat att tidig HMH kontakt efter kejsarsnitt ökar mödrars välbefinnande både direkt efter förlossning och även efter hemkomst (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019). År 2008 beskrev man för första gången "det naturliga kejsarsnittet" som senare kom att kallas familjecentrerat kejsarsnitt. Metoden innebär att duken mellan modern och hennes buk dras ned vid framfödandet så föräldrarna kan se sitt barn födas. Barnet torkas sedan av och ges direkt till modern för att ligga HMH. Denna metod har implementerats som ett alternativ vid låg-risk kejsarsnitt på många kliniker (Narayan et al., 2018). En ytterligare utveckling av kejsarsnittet är mödra-assisterat kejsarsnitt som innebär att modern tillsammans med förlossningsläkaren förlöser barnet genom buken (Kingsley et al., 2022). I Sverige arbetar narkos- och operationspersonal med barnmorskan som tillsammans utgör en stor del i vården av kvinna och barn vid ett kejsarsnitt (Södertälje sjukhus, 2022).

1.3 Separation mellan mor och barn

1.3.1 Separation ur ett historiskt perspektiv

Separation mellan mor och barn ökade på 1800-talet när den första versionen av den moderna kuvösen uppfanns. Kuvösen främjade vården för prematura och underviktiga barn vilket gjorde att 80 procent av alla barn som tidigare förväntades dö överlevde utan vård i samband med förlossningen. Kuvöser standardiserades på många sjukhus utan att någon ifrågasatte policyn om att separation mor och barn som kom med standardiseringen. Senare uppfanns den första bröstmjölksersättningen som förespråkades som en frigörelse för kvinnan. Flaskmatning blev modernt och man fann ännu en anledning att separera barn från sina mödrar. År 2004 gjordes den första studien där man jämförde barnets mående efter vård i en kuvös respektive via HMH. Man såg då att barn som låg HMH var mer stabila sex timmar efter födseln än de som legat i kuvös sex timmar efter födseln (Bergman, 2019).

1.3.2 Separation idag

Globalt är det idag inte ovanligt att separera mor och barn direkt efter förlossningen, vilket ofta sker i kombination med att man lindar in barnet innan man lägger det hos modern (Bystrova et al., 2009). Många länder har dock en tradition att lägga barnet HMH direkt efter förlossningen vilket har positiva effekter (Saxton et al., 2015). Direkt HMH sker dock i de flesta fall endast om mor och barn mår bra efter förlossningen (Ringqvist & Ahlvik, 2019).

Med en ökning av kejsarsnitt tillkommer också en större risk för onödig separation mellan mor och barn (Deys et al., 2021). I svensk hälso- och sjukvård är det standardiserat med tidig HMH efter vaginal förlossning medan mor och barn på många sjukhus rutinmässigt separeras efter kejsarsnitt. Både direkt i samband med kejsarsnittet, men också senare då modern övervakas på en postoperativ enhet dit barnet och medförälder inte alltid får följa med. Genom att tillåta nyfödda hos modern på den postoperativa enheten för att förhindra separation ändras arbetsrutiner för vårdpersonalen vilket medför en viss risk då de inte har tillräcklig kunskap kring vården av det nyfödda barnet. Vårdpersonalen upplever också brister i rutiner kring vem som är medicinsk ansvarig för barnet i de situationer där barnet följer med modern (Zwedberg et al., 2017).

År 2020 startade projektet zero-separation av organisationen Global Alliance for Newborn Care (GLANCE) som arbetar för att undvika onödig separation efter förlossningen.

Organisationen förespråkar att premature och sjuka nyfödda barn ska få vara nära sina föräldrar och påtalar många av de positiva effekterna av HMH för barnet samt det negativa aspekterna med separation (GLANCE, 2020).

1.4 Hud-mot-hud

1.4.1 Utvecklingen av hud-mot-hud

HMH innebär att barnet placeras naket eller med endast blöja på moderns bröst (Ringqvist & Ahlvik, 2019). Kängurumetoden är ett annat begrepp för HMH som uppkom när läkare och forskare i Amerika började utforska vad HMH hade för påverkan på premature barn, där de ville visa att metoden kunde likställas med hur kängurur bär sina ungar efter födseln. När de premature barnen fick ligga HMH med mödrarna såg man ökat välmående och tillväxt hos barnen vilket gjorde att arbetet "the kangaroo mother care programme" utvecklades. Syftet med arbetet var att kärlek och värme från mödrarna skulle främja tillväxt hos barnen vilket visade sig leda till att de kunde skrivas ut till hemmet tidigare än väntat och därmed började HMH-metoden utvecklas (Konstandy & Ludington-Hoe, 2019).

Under 80-talet hade dödligheten bland premature barn minskat med 70 procent sedan införandet av HMH. Forskningen visade även att HMH främjade barnets amningsinstinkter, moderns mjölkproduktion och temperaturreglering hos barnet. Fortsatt forskning genom åren har visat på fler fördelar med HMH för moderns och barnets psykiska mående och beteende på kort och lång sikt. Länder över hela världen har sedan fortsatt arbetet med att implementera HMH kontakt efter förlossningen (Konstandy & Ludington-Hoe, 2019). Idag är det även vanligt att fäder utövar HMH med barnet efter förlossningen när modern inte har möjlighet eller vill. Det har visat sig ha liknande positiva effekter för barnet som när barnet får HMH med modern och har även visats bidra till en positiv upplevelse för fadern (Anderzén-Carlsson, 2017).

1.4.2 Säker hud-mot-hud

Säker HMH innebär att barnet placeras på mage i en upprätt position ovan moderns bröst på bröstkorgen. Vid kejsarsnitt ska barnet placeras på tvären över moderns bröstkorg som fördelaktigt är något upphöjd. Om HMH inte utövas på ett säkert sätt riskerar barnet att drabbas av SUPC (sudden unexpected postnatal collapse). SUPC innebär att ett barn som är över 35 graviditetsveckor oväntat slutar andas inom de sju första levnadsdygnen. Majoriteten

av barnen som drabbas av SUPC gör detta under en icke observerad tidig HMH eller under sömn där andningsvägar blivit förtäckta (Löf, 2021).

Risken för SUPC kan minskas genom att föräldrar informeras om säker HMH och att personalen tillsammans med föräldrar observerar att barnet kan hålla fria luftvägar genom att se till att barnets ansikte är fritt (Karolinska Universitetssjukhuset, 2022). Vårdpersonal bör även vara observanta på att barnet håller en adekvat kroppstemperatur och en god hudfärg (UNICEF, 2022). Fleming (2012) rekommenderar att barnmorskan kontrollerar barnets position och säkerställer fria luftvägar med täta mellanrum de första tre timmarna efter förlossningen. Moderns tillstånd ska också finnas med i bedömningen av säker HMH för att förebygga andra risker som till exempel att barnet faller till golvet och mor och barn ska därför separeras om någon av dem visar tecken på att inte må bra (UNICEF, 2022). Trots risken för SUPC överväger de många fördelarna med HMH risken och har inte visat sig vara en anledning att reducera användningen av HMH kontakt efter förlossningen (Fleming, 2012).

1.4.3 Fördelar med hud-mot-hud

När barnet får HMH med modern efter födseln främjas anknytning mellan mor och barn, amningsstart och fysiologiska faktorer hos barnet (Ringqvist & Ahlvik, 2019). En oavbruten HMH kontakt mellan mor och barn efter kejsarsnitt främjar även mödrars psykiska hälsa, bidrar till en bättre förlossningsupplevelse och ger en känsla av ökad kontroll genom att inte separeras från sitt barn (Deys et al., 2021), medan separation mellan mor och barn är en riskfaktor för postpartumdepression (Liu et al., 2020).

Under 70-talet separerades för tidigt födda barn från sina föräldrar efter födseln och fick träffas först efter tre veckor. Teorier fanns då om att man gick miste om den känsliga anknytningsperioden mellan mor och barn direkt efter förlossningen vilket fick forskare att undersöka anknytningsbeteendet mellan mor och barn genom att introducera icke-separation. Icke-separationen mellan mor och barn visade tydligt att mödrar som inte separerades från sina barn efter förlossningen hade ett stort ökat anknytningsbeteende jämfört med de mödrar som separerades från sina barn (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019). Nyare studier visar att sjukhus som låter barn och mödrar vara HMH i 15 till 60 minuter efter förlossningen har en positiv effekt på anknytningen mellan mor och barn fyra dagar postpartum, jämfört med de sjukhus som rutinmässigt separerar mor och barn efter förlossningen. Det har även visats ha

positiva effekter en till tre månader postpartum hos både mor och barn där modern visar mer ömhetstecken gentemot barnet och barnet ler mer och gråter mindre (Bystrova et al., 2009). Forskning har även visat att HMH mellan mor och barn direkt efter förlossningen stärker deras interaktion på både kort och lång sikt. På kort sikt har mödrar visats ha positiva upplevelser gällande anknytning genom att ha haft sitt barn HMH vilket även har bidragit till en bättre helhetsupplevelse av förlossningen. På längre sikt har forskning visat att de mödrar och barn som fått HMH efter förlossningen har en ökad interaktion och mödrar pratar mer positivt om sina barn än de mödrar som inte fått HMH (Cleveland et al., 2017).

Ett av de mest effektiva sätten att främja barns hälsa är amning men trots det är det cirka två av tre barn som inte helammas under de första sex månaderna. Enligt WHO:s (World Health Organization) rekommendationer ska barn ammas inom den första timmen efter födseln, helammas under sex månader och delammas upp till två år (WHO, 2022a). WHO (2022b) beskriver tio steg som främjar amning där en av punkterna är att omedelbar och oavbruten HMH ska främjas för att stödja initiering till amning. Under barnets första levnadstimmar genomgår de nio steg till amning när det ligger HMH hos modern. De nio stegen består av födelseskrik, avslappning, uppvaknande, aktivitet, vila, krypning, tillvänjning, suga och till sist sömn. Etablering av amning påverkas av hur kliniker arbetar för att de nio stegen ska främjas omedelbart efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2021). Forskning visar att vårdpersonal måste stödja och ge utrymme för dessa steg för att främja amning och därmed mödrar och barns hälsa (Brimdyr et al., 2020). Studier visar också att mödrar värdesätter att kunna ge sina barn föda den första timmen efter förlossningen där möjligheten att kunna amma bidrar till högre tillfredsställelse (Deys et al., 2021). Separation och en avbruten HMH mellan mor och barn är en signifikant faktor som påverkar mödrars amningsupplevelse postpartum där en negativ amningsupplevelse den första veckan postpartum har en negativ inverkan på den fortsatta amningen (Nilsson et al., 2020). HMH kontakt och amning minskar även risken för postpartumblödning de första 30 minuterna efter födseln där en betydande faktor är den oxytocinfrisättning som stimuleras vid HMH och amning (Saxton et al., 2015). Mödrar som föder med kejsarsnitt har en signifikant lägre amningsfrekvens, både initiering av amning och upprätthållande av amning, än mödrar som föder vaginalt (Sodeno et al., 2021) och man har sett att HMH efter kejsarsnitt är främjande för amningen både på kort och lång sikt (Guala et al., 2017). Även förlossningsupplevelsen vid kejsarsnitt är associerad till hur väl mödrar uppfyller sina amningsmål och är relaterat till den HMH de haft efter kejsarsnittet (Deys et al., 2021).

HMH efter förlossningen bidrar till fysiologiska fördelar för barnet så som högre kroppstemperatur och blodsockernivå jämfört med de barn som inte ligger HMH. På så sätt är HMH energisparande för barnet och främjar barnets välmående (Christensson et al., 1992). HMH främjar också barnets anpassning till livet utanför livmodern genom reglering av hjärtfrekvens och andning samt ger barnet ett skydd mot infektion genom att det utsätts för goda bakterier från moderns hud. HMH stimulerar även matsmältningen och frisätter hormoner som främjar barnets matbeteende (UNICEF, 2022).

1.5 Vårdpersonalens roll

Barnmorskan har som kompetensområde att främja den normala förlossningen samt anknytning och interaktion mellan barn och föräldrar. I kompetensbeskrivningen för barnmorskor beskrivs det även att barnmorskan ska kunna assistera vid både planerade och akuta kejsarsnitt och att barnmorskans uppgift är att främja HMH efter förlossningen (Svenska barnmorskeförbundet, 2019). Studier har visat att kontinuerligt stöd från vårdpersonalen under den vaginala förlossningen ger en minskad risk för instrumentell förlossning eller att förlossningen avslutas med kejsarsnitt (Hodnett et al., 2011). Vårdpersonalens ansvar är att motverka dessa komplikationer både genom medicinska interventioner och genom att ge stöd under förlossningsförloppet. Ett gott samarbete mellan all vårdpersonal såsom läkare, undersköterskor, barnmorskor och sjuksköterskor som medverkar under en förlossning krävs för att förhindra sjuklighet och dödlighet samt främja det naturliga förloppet vid en vaginal förlossning (Desai & Tsukerman, 2022).

Baserat på fördelarna med HMH för modern som ger en förbättrad förlossningsupplevelse och välbefinnande postpartum rekommenderar Kahalon et al., (2021) att vårdgivare och beslutsfattare inom kvinnosjukvård och obstetrik, underlättar och möjliggör att HMH kan tillämpas så snart som möjligt eller omedelbart efter kirurgiska och vaginala förlossningar. Forskning har också visat att vårdpersonalens attityder och kunskap har hjälpt att identifiera problem som hindrar utövandet av HMH och på så sätt också öka möjligheterna till att HMH utövas i en större utsträckning (Tran et al., 2018).

1.6 Problemformulering

Trots att forskning visar på många fördelar med HMH är det inte alla kliniker och sjukhus i världen som har ett etablerat arbetssätt för att främja HMH efter förlossningen. Att HMH kontakt innebär fördelar som främjar hälsa för mor och barn på både kort och lång sikt, bör vara en stark anledning till att alla sjukhus arbetar för att främja HMH och icke-separation mellan mor och barn. Vårdpersonalens upplevelser av HMH är av stor betydelse för klinikers arbete att utveckla arbetssätt med HMH och om dessa upplevelser identifieras, kan troligtvis arbetet för icke-separation efter förlossningen främjas. Med detta arbete vill vi därför sammanställa den forskning som finns inom ämnet för att få en större bild av hur vårdpersonalen upplever arbetet med HMH efter förlossningen och hur detta kan påverka arbetet av icke-separation mellan mor och barn.

3 Syfte

Syftet med detta arbete var att undersöka vårdpersonalens upplevelser av arbetet med hud-mot-hud mellan mor och det friska fullgångna barnet inom två timmar efter förlossningen.

4 Metod

4.1 Design

En litteraturoversikt med kvalitativ design och induktiv ansats. En litteraturstudie ansågs lämplig i förhållande till syftet. En kvalitativ design användes för att få subjektiva data på personers upplevelser (Rosén, 2017).

4.2 Datainsamling

4.2.1 Sökstrategi

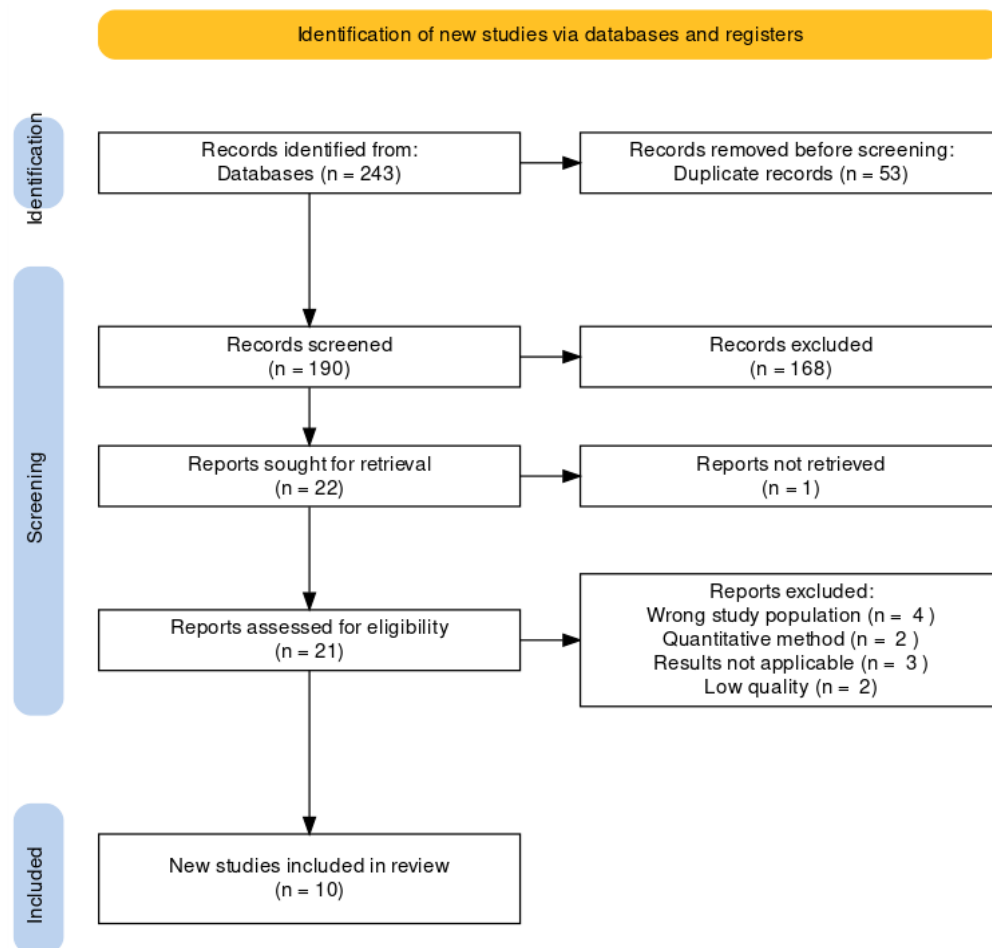
Datainsamlingen började med testsökningar och snöbollssökningar i databaserna CINAHL (cumulative index of nursing and allied health) och PubMed för att få en uppfattning av forskningsläget. Dessa sökningar dokumenterades inte. Innan den strukturerade sökningen fick författarna handledning av personal på Karolinska Universitetsbiblioteket för att kunna genomföra en korrekt och omfattande sökning.

Inför den strukturerade sökningen identifierades sökblock innehållande termer utifrån syftet. Sökblocken bestod av Mesh-termer, CINAHL-headings och fritextord för att få en så bred sökning som möjligt. Utifrån syfte och frågeställning utvanns fyra ämnesord; *vårdpersonal*, *upplevelse*, *hud-mot-hud* och *förlossning*. Ämnesorden omvandlades sedan till MeSH-termer (Medical Subject Headings) för sökningen i PubMed och med MeSH-termer fann författarna CINAHL-headings för sökningen i CINAHL.

Ämnesordet för vårdpersonal är "*Health personnel*" i både PubMed och CINAHL. "*Health personnel*" innefattade flera yrkeskategorier av vårdpersonal som valts att inkluderas i studien. Vårdpersonal som författarna inkluderade men som inte ingick under "*Health personnel*" i PubMed var obstetriker, gynekologer, barnmorska och barnmorskor. För dessa yrkeskategorier användes fritextord; *obstetrician*, *gynecologist*, *midwife* och *midwives*. Vårdpersonal som inte ingick under "*Health personnel*" i CINAHL var obstetriker, gynekolog och barnmorskor. Därför utökades sökningen i CINAHL med fritextorden; *obstetrician*, *gynecologist* och *midwife*. Genom att använda dessa ämnes- och fritextord inkluderades alla yrkeskategorier vars upplevelse författarna valt att belysa, se bilaga 1 och 2. För att avgränsa och öka sensitiviteten i sökningarna användes de booleska termerna AND och OR. Frassökning och trunkering användes för att avgränsa och utöka sökningarna. I den slutgiltiga sökningen användes begränsningarna engelska, tio år och peer-reviewed i CINAHL och engelska, svenska och tio år i PubMed. För sökstrategi, se sökmatriser i bilaga 3 och 4.

4.2.2 Urvalsprocess

Efter den slutgiltiga sökningen var genomförd lästes alla titlar från sökresultatet. Utifrån de titlar som uppfattades intressanta lästes abstraktet. De artiklar vars abstrakt var relevant för studiens syfte lästes i fulltext. Vid tillfällen då författarna var oeniga om huruvida abstrakts var relevanta lästes de artiklarna i fulltext. Alla titlar, abstrakts och artiklar i fulltext lästes enskilt av båda författarna. För att uppnå konsensus kring vilka artiklar som skulle kvalitetsgranskas hade författarna en dialog under hela förloppet. Urvalsprocessen presenteras enligt PRISMA:s (Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) flödesschema, se figur 1 (Page et al., 2021).



Figur 1. Urvalsstrategi enligt PRISMA:s flödesschema.

4.3 Urval

För att besvara syftet inkluderades artiklar som belyste arbetet med HMH mellan mor och friska fullgångna barn av enkelbörd inom två timmar efter vaginal förlossning eller kejsarsnitt samt artiklar som studerade vårdpersonalens upplevelse av fenomenet. Alla artiklar som inkluderades var originalartiklar på engelska och publicerade i en vetenskaplig tidskrift mellan år 2012 och 2022. För att öka tillförlitligheten i litteraturöversikten inkluderades endast artiklar som var peer-reviewed.

Artiklar som exkluderades var kvantitativa artiklar, litteraturöversikter, artiklar som bedömdes ha låg kvalitet och artiklar som saknade etiskt godkännande. I urvalet exkluderades även artiklar som belyste arbetet med HMH senare än två timmar efter förlossningen och artiklar som belyste doulors upplevelse. Författarna valde att exkludera doulor då de ses som stödpersoner och ej vårdpersonal, med hänvisning till International Doula Life movement

(2022) där doulor definieras som stödpersoner utan medicinsk kompetens. En artikel vars abstrakt var intressant, var ej tillgänglig i fulltext och exkluderas därför.

4.4 Kvalitetsgranskning

Samtliga artiklar som svarade på syftet kvalitetsgranskades med stöd av SBU:s (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) granskningsmall för kvalitativa studier; *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Artiklarna skulle hålla en medelhög eller hög kvalitet enligt granskningsmallen för att inkluderas. Granskningsmallen består av frågor som berör artiklarnas urval, datainsamling, analys och forskare (SBU, 2022). För att artiklarna skulle uppfylla hög kvalitet var författarna överens om att ingen av artiklarna skulle bedömas sakna något av det som efterfrågades i granskningsmallen. Där något från granskningsmallen saknades eller bedömdes som oklart diskuterades granskningen mellan författarna och därifrån kom författarna gemensamt fram till vilken bedömningsgrad artikeln fick utifrån sin helhet. Totalt granskades 21 artiklar. Elva av dessa exkluderades varav fyra artiklar hade fel studiepopulation, två artiklar hade kvantitativ design, tre artiklar hade ett icke applicerbart resultat för litteraturoversikten och två artiklar bedömdes vara av låg kvalitet (Figur 1). Samtliga 21 artiklar granskades enskilt av båda författarna och resultaten av de enskilda granskningarna diskuterades sedan för att nå konsensus (SBU, 2022). Totalt inkluderades tio artiklar från åtta olika länder. Samtliga artiklar och kvalitetsbedömningen presenteras i bilaga 5.

4.5 Dataanalys

Artiklarna som inkluderats i detta arbete har analyserats med kvalitativ innehållsanalys med inspiration av Graneheim och Lundman (2004). Analysmetoden ansågs relevant utifrån studiens syfte. Kvalitativ innehållsanalys baseras på att strukturera data utifrån gemensamma meningsbärande enheter och att därefter genom kodning skapa kategorier och slutligen huvudkategorier. Analyserades genomfördes gemensamt av båda författarna. Författarna läste igenom resultaten ett flertal gånger för att få en förståelse av helheten i texten och därefter markerades meningsbärande enheter från vardera resultat. De meningsbärande enheterna kondenserades så att det väsentliga innehållet bevarades. Den kondenserade texten låg sedan till underlag för kodning där varje kondenserad meningsenhet tilldelades en kod. Utifrån de koder som utgjorde ett gemensamt innehåll skapades kategorier och utifrån kategorier med gemensamt innehåll skapades huvudkategorier. Totalt skapades tolv kategorier och fyra

huvudkategorier (Tabell 1). För att öka tillförlitligheten enligt Danielson (2017) har författarna under hela analysprocessen diskuterat sin förståelse vid analys och tolkning av data.

Tabell 1. Exempel från analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Huvudkategori
<i>Midwives did not feel that they had time to provide SSC because the next woman was waiting for their caesarean section.</i>	Barnmorskor hinner ej utföra hud-mot-hud på grund av tidsbrist	Tidsbrist att utföra hud-mot-hud	Arbetsmiljön är en betydande faktor för utövandet av hud-mot-hud	Kunskapens och miljöns betydelse
<i>Participants discussed hospital readiness (the extent to which a hospital is prepared to provide SSC during caesarean) as a barrier. Examples included logistics for safely implementing SSC (OR space and equipment set-up).</i>	Barriärer för hud-mot-hud finns i den fysiska miljön, till exempel plats i operationssalen och placering av utrustning	Platsbrist i rummet för att utöva hud-mot-hud	Den fysiska miljön har betydelse för arbetet med hud-mot-hud	
<i>Mothers' knowledge, attitudes and experience were the main factors that determined their acceptance or rejection of SSC</i>	Mödrars kunskap, attityd och erfarenhet avgjorde deras acceptans eller avvisande av hud-mot-hud.	Mödrars erfarenhet om hud-mot-hud avgör utövandet	Moderns vilja, attityd och erfarenhet påverkar utövandet av hud-mot-hud	Moderns plats i rummet
<i>The mother's decreased mobility and sensation of pain were stressed by the midwives as an obstacle to immediate skin-to-skin contact</i>	Moderns tillstånd efter kejsarsnitt kan ses som ett hinder för omedelbar hud-mot-hud.	Moderns tillstånd påverkar utövandet av hud-mot-hud	Moderns mående avgör utövandet av hud-mot-hud	

4.6 Etiska överväganden

En litteraturöversikt på avancerad nivå kräver inget etiskt godkännande från en etikprövningsnämnd (SFS: 2003:460). Författarna har fokuserat på att ha ett kritiskt förhållningssätt kring de etiska aspekterna och värna om de etiska grundprinciperna vid forskning enligt Helsingforsdeklarationen (Svenska läkarförbundet [SFL], 2013). Författarna har även haft ett neutralt förhållningssätt gentemot den data som samlats in och genomfört urval samt redovisning av resultat genom etiska överväganden och ett reflektivt tänkande. Författarna har valt att endast inkludera artiklar som har blivit granskade och godkända av en etisk nämnd eller kommitté.

5 Resultat

Artiklarna i resultatet belyser upplevelser inom vården i åtta olika länder; Saudiarabien (n = 1), Indien (n = 1), Sverige (n = 1), Australien (n = 2), Uganda (n = 1), Finland (n = 1), Brasilien (n = 1) och USA (n = 2). Utifrån innehållsanalysen framkom tolv kategorier och fyra huvudkategorier (Tabell 2). Resultatet presenteras utifrån huvudkategorier.

Tabell 2. Kategorier och huvudkategorier

Kategori	Huvudkategori
Arbetsmiljön är en betydande faktor för utövandet av hud-mot-hud Vårdpersonalens arbetsuppgifter stör utövandet av hud-mot-hud Den fysiska miljön har betydelse för arbetet med hud-mot-hud Kunskap och utbildning är av vikt för utövandet av hud-mot-hud	Kunskapens och miljöns betydelse
Vårdpersonalens attityd är en barriär mot hud-mot-hud Sjukvårdspersonalen kan vara ett hinder för hud-mot-hud Det interprofessionella samarbetet påverkar utövandet av hud-mot-hud	Vårdpersonalens hjälpande eller stjälpande handläggning

Hud-mot-hud är främjande för mor och barn Hud-mot-hud är en positiv upplevelse Risker för mor och barn med hud-mot-hud	Hud-mot-hud och dess påverkan på personen
Moderns mående avgör utövandet av hud-mot-hud Moderns vilja, attityd och erfarenhet påverkar utövandet hud-mot-hud	Moderns plats i rummet

5.1 Kunskapens och miljöns betydelse

Tidsbrist var en hindrande faktor till HMH och identifierades i ett flertal studier.

Vårdpersonalen i en studie av Abdulghani et al., (2019) rapporterade att tidsbrist hindrade dem från att utöva HMH efter vaginal förlossning. En sjuksköterska i en annan studie beskrev att pediatriker påskyndade sjuksköterskorna att separera barnet från modern och ta det till barnbordet för rutinundersökning eftersom pediatrikerna inte hade tid att stanna (Alenchery et al., 2018). I en studie var tidsbristen tydligast identifierad vid kejsarsnitt där det beskrevs särskilt svårt att utöva HMH och att det fanns en osäkerhet i att inte kunna vara med mor och barn den första timmen efter förlossningen. En obstetrisk sjuksköterska föredrog därför att linda in barnet innan det placerades hos modern:

[...] it should be a little more adapted in the cesarean section, so that we can feel confident to place them [...] we can't stay there with the patient for one hour, 20, 30 minutes, so, I leave skin-to-skin – I leave skin-to-skin, no, I wrap the baby. (Obstetrisk sjuksköterska)
(Holtztrattner et al., 2021, s. 6).

Barnmorskor beskrev att de inte hade tid att utföra HMH eftersom nästa kvinna på tur väntade på sitt kejsarsnitt och att de kände sig illa till mods om de utförde HMH i operationssalen på grund av stress över att kollegor behövde hjälp på avdelningen och att kollegor skulle tycka att de var lata (Stevens et al., 2016). Obstetriska sjuksköterskor uttryckte att en barriär mot arbetet med HMH vid kejsarsnitt var att de kunde hamna i en situation där de inte kan vara på två platser samtidigt, som när de har ett kejsarsnitt och en vaginal förlossning samtidigt:

Of course, in some situations we get overwhelmed, we end up working, for example, we have a vaginal delivery and a C-section at the same time. I can't be in the two places at the same time. (Obstetrisk sjuksköterska) (Holtztrattner et al., 2021, s. 6).

Personalbrist var en annan faktor som påverkade utövandet av HMM negativt enligt ett flertal av studierna. Under den vaginala förlossningen identifierade vårdpersonalen att personalbrist och andra prioriteringar var en barriär för HMM (Koopman et al., 2016). I en studie beskrevs HMM som oviktigt och bortprioriterat under nattsift på grund av att sjuksköterskorna då var underbemannade och överarbetade. En sjuksköterska beskrev att HMM är näst intill omöjligt att utöva i en situation med knappa resurser och en pediatriker uttryckte liknande uppfattning:

The pediatricians on duty, being understaffed, have to leave their designated ward duty and attend to the deliveries. Hence, staying with the baby for the entire duration of SSC is not feasible especially when the patient influx is high. (Pediatriker) (Alenchery et al., 2018, s. 5).

Även i Abdulghanis et al., (2019) studie beskrev vårdpersonalen att det var en börda att ta hand om mor och barn samtidigt som de skulle utföra pappersarbete och att den största utmaningen i arbetet med HMM var personalbrist. Vid kejsarsnitt var personalbrist och att behöva utföra andra arbetsuppgifter stora hinder för tidig HMM:

Because when you are in the operating room, you are in the circulator and that is a lot of work. I mean, it's not like you have 10, 15, or 20 minutes to go stand with the mom at the head of the bed. You are the one getting the suture, you are the one opening up an extra bandage, and you are doing a lot of work. So there isn't time to devote to that [early SSC]. So unless we figure out a way to have a separate nurse, to spend the entire skin-to-skin time with the mom and baby. That is the big barrier. (Sjuksköterska) (Koopman et al., 2016, s. 1372).

Vårdpersonalen uppgav att det var lättare att ge omedelbar HMM vid planerat kejsarsnitt än vid akut kejsarsnitt och en barnmorska beskrev att det var en personalfråga:

I know with emergencies it's a staffing issue if they can't have skin to skin because it's all of a sudden, but that's pretty sad isn't it. (Barnmorska) (Stevens et al., 2016, s. 44).

Vårdpersonalen tyckte att mor och barn borde vara övervakade vid HMH i operationssalen och det sågs som ett hinder om ingen kunde vara med mamman (Koopman et al., 2016). I en studie av Zwedberg et al., (2015) uttryckte barnmorskor att bättre bemanning vid planerade kejsarsnitt underlättade för dem att stanna hos modern och barnet för att utöva HMH. Vid akuta kejsarsnitt var det svårt att avvara en personal att stanna hos modern och barnet vilket var mycket stressande för barnmorskorna.

Ytterligare faktorer i arbetsmiljön som beskrevs påverka HMH var rutiner och arbetssätt. Obstetriska sjuksköterskor rapporterade att riktlinjer, policys och kollegor var främjande faktorer för arbetet med HMH (Holztrattner et al., 2021). En barriär mot HMH var personalrotation på sjukhuset som skapade en informationslucka om rutinen kring HMH och hindrade kontinuiteten av HMH (Mbalinda et al., 2018). Vårdpersonalen i Koopmans et al., (2016) studie hade svårt att ändra rutiner för utövandet av HMH och enligt Alenchery et al., (2018) upplevde vårdpersonalen svårigheter att komma ihåg att utföra HMH då det var en ny rutin för dem. En annan arbetsmiljöfråga beskrevs i en studie från Uganda där det ibland inte fanns tillräckligt med handdukar att ha över barnet vid HMH och vårdpersonalen uttryckte då oro för hypotermi hos barnet om det placerades HMH med modern (Mbalinda et al., 2018).

Ett flertal studier belyste att vårdpersonalen upplevde att HMH störde deras eller annan vårdpersonals arbetsuppgifter. Barnmorskor beskrev en svårighet att utöva säker och ostörd HMH efter kejsarsnitt eftersom det ansågs hindra annan medicinsk personal från att utföra sina arbetsuppgifter (Zwedberg et al., 2015). Liknande uppfattning uttrycktes av obstetriska sjuksköterskor som beskrev att anestesiloger och obstetriker hindrar HMH på grund av att HMH stör deras arbete:

[...] sometimes, the anesthesiologist says something like: “Oh, it’s not possible, because I have to check the patient’s pressure, I have to whatever...” [...] Sometimes, some other obstetrician comes and goes like: “Oh, it’s hindering my work here”. (Obstetrisk sjuksköterska) (Holztrattner et al., 2021, s. 5).

I en studie av Koopman et al., (2016) beskrev vårdpersonal att tidig HMH upptar plats i anesthesilogernas arbetsfält och en anesthesiolog i Stevens et al., (2018) studie uttryckte att trots medvetenhet om att HMH ger goda resultat är det mer fördelaktigt för anestesipersonalen att inte ha HMH eftersom det stör övervakningen. Sjuksköterskor och

anestesiologer kommenterade att HMH kan vara en distraktion, att det kan störa monitoreringen och vara en risk för mor och barn om de inte fokuserar på sitt arbete (Stevens et al., 2016). Vårdpersonal rapporterade oro över att HMH under kejsarsnitt riskerar att störa bedömningen av det nyfödda barnet (Crenshaw et al., 2021). Vårdpersonalen uttryckte även oro över att HMH skulle störa deras arbetsflöde, speciellt vägning av barnet efter förlossningen (Koopman et al., 2016).

Utformning och utrymme i operationssalen under kejsarsnitt var återkommande upplevda hinder för arbetet med HMH. Vårdpersonal diskuterade att utrymmet i operationssalen och placering av utrustning var en faktor som påverkade implementering av säker HMH (Crenshaw et al., 2021) och en sjuksköterska beskrev att den största faktorn att kunna utöva HMH under kejsarsnitt var att ha tillräckligt med utrymme (Koopman et al., 2016). I en annan studie av Crenshaw et al., (2021) uttryckte vårdpersonalen oro över att HMH skulle innebära en risk för mor och barn genom att utrymmet i operationssalen var begränsat, svårigheter att placera barnet på grund av hindrande utrustning och att HMH skulle hindra ingripandet i en akut situation. Även barnmorskor beskrev att platsbrist för att utöva HMH var ett hinder (Zwedberg et al., 2014).

Vårdpersonal uttryckte oro över att HMH efter kejsarsnitt skulle riskera kontaminering av det sterila fältet (Crenshaw et al., 2021). Medicinsk- och operationspersonal beskrev att barnmorskornas omedvetenhet om det sterila fältet var ett problem för HMH och en obstetriker uttryckte att barnmorskorna måste ha bättre förståelse för detta för att undvika spänningar i personalgruppen när de utövar HMH (Stevens et al., 2016). En annan hindrande faktor var enligt en obstetrisk sjuksköterska att temperaturen i operationssalen under kejsarsnitt inte var adekvat för HMH (Holztrattner et al., 2021).

Kunskap och utbildning upplevdes vara en viktig faktor för vårdpersonalens arbete med HMH enligt vårdpersonalen i ett flertal studier. Vårdpersonalen upplevde att begränsad kunskap om tidig HMH var ett hinder (Koopman et al., 2016). I Alencherys et al., (2018) studie upplevde läkare att de var ovetande om utövandet och fördelarna med HMH. Detta uttrycktes också i en annan studie där vårdpersonal uppgav att ny personal kunde sakna kunskap om utövandet av HMH och att kunskap om fördelarna med HMH motiverade personalen att skapa nya rutiner kring HMH (Mbalinda et al., 2018). Otillräcklig kunskap om

när HMH var lämpligt eller inte vid medicinska komplikationer var den vanligaste upplevda barriären bland vårdpersonalen enligt Abdulghani et al., (2019).

Vårdpersonal upplevde att personalens brist på kunskap om rekommendationer kring HMH och hur man utför HMH i operationssalen var ett hinder för utövandet (Stevens et al., 2016). Detta belystes också i en annan studie där vårdpersonal rapporterade att hinder för att implementera tidig HMH efter kejsarsnitt var att personalen hade för lite erfarenhet och behov av utbildning (Koopman et al., 2016). En viktig anledning till en icke stödjande attityd hos vårdpersonal och föräldrar var enligt vårdpersonalen bristen på kunskap om HMH (Mbalinda et al., 2018). Sjuksköterskor i en studie rapporterade att en främjande faktor för HMH var att kvinnorna var välinformerade inför födseln. Sjuksköterskorna belyste också vikten av vårdteamets roll och sjuksköterskornas närvaro på förlossningsrummet och på operationssalen på grund av deras kunskap om ämnet:

[...] also the presence of the nurses in the delivery room, both in the delivery room and the cesarean room, but the moment, this facilitates this practice, because we encourage this early contact between them, right? Because we know when the baby is able to be close to the mother. (Sjuksköterska) (Holztrattner et al., 2021, s. 6).

5.2 Vårdpersonalens hjälpande eller stjälpande handläggning

I en av studierna där det var stor omsättning av personal betonades att implementeringen av HMH i en hel timme direkt efter förlossningen var näst intill omöjligt och otänkbart att se över möjligheterna för. Viss vårdpersonal uttryckte tveksamhet kring effektiviteten av HMH och tillsammans med icke adekvat motivation hos personalen utgjorde detta en barriär för att HMH skulle genomföras (Alenchery et al., 2018). En pediatriker berättade att, trots personalbrist trodde pediatrikern inte att det största problemet med att HMH inte genomfördes låg i bristen på personal utan i attityden hos personalen, där de inte ser behovet eller vikten av HMH. Vid skiftbyten tenderade vårdpersonalen att ha större fokus gällande rutiner i arbetet än att etablera och upprätthålla HMH (Alenchery et al., 2018). I en studie som utfördes på ett sjukhus i Uganda där HMH ännu inte blivit implementerat som en rutin hade vårdpersonalen uppfattningen om att ett arbetssätt som inkluderade HMH endast passar i höginkomstländer och vid en eventuell förändring i rutinerna till att införa HMH uttryckte personalen en tveksamhet på grund av attityden hos personalen (Mbalinda et al., 2018).

I Abdulghanis et al., (2020) studie förklarade vårdpersonalen att kvinnan inte hade något att säga till om när det kom till att hålla i sitt barn efter födseln och att det var doktorerna eller barnmorskorna som bestämde om barnet skulle läggas på moderns bröst eller under en värmelampa. En pediatriker från en annan studie uttryckte att beslutet ifall barnet skulle genomgå HMH eller inte gjorde dem obekväma och att besluta om lämpligheten att barnet kunde genom HMH låg i en gråzon (Alenchery et al., 2018). Vårdpersonal uttryckte att de gånger de la barnet HMH på moderns bröst bara var temporärt tills dess att personalen navlat av istället för att erhålla de positiva aspekterna av HMH (Abdulghani et al., 2020). Obstetriker beskrev att deras största angelägenhet var att förlossningen skulle fortgå utan komplikationer och hade därför inte fokus på HMH (Abdulghani et al., 2020) och en annan uttryckte att HMH inte var en del av deras arbete (Alenchery et al., 2018). Vårdpersonalen upplevde även att HMH var slöseri med tid och därför inte viktigt att utföra direkt och inom den första timmen efter födelsen (Abdulghani et al., 2020).

Det framkom att vårdpersonalen upplevde att tidig HMH efter kejsarsnitt var svårare än efter en vaginal förlossning (Koopman et al., 2016) och att det var svårare att skapa rätt förutsättningar för kontinuerlig HMH efter kejsarsnitt (Zwedberg et al., 2015). Under en fokusgruppsintervju där det diskuterades anledningar till att HMH inte var en prioritet i operationssalen uttryckte en sjuksköterska att HMH är ett privilegium och inte en rättighet (Stevens et al., 2016). I en annan studie bad intervjuarna deltagarna att lista anledningar till att inte utöva HMH och många deltagare uttryckte då att det inte finns några sådana anledningar och de var starka förespråkare för HMH (Crenshaw et al., 2021).

Sjuksköterskorna hade en förståelse om att rutiner möjliggjorde HMH mellan mor och barn men att den sällan var utförd korrekt då pediatriker ville utföra den första bedömningen av barnet vilket skedde i en uppvärmd spjäsäng istället för hos modern och kunde avbryta HMH kontakten i hela 5 minuter (Holztrattner et al., 2021). Majoriteten av barnmorskorna i studien av Stevens et al., 2016 tog barnet direkt till barnbordet efter kejsarsnitt men en barnmorska uttryckte att detta inte alltid var nödvändigt och att barnmorskorna lika väl kunde utföra HMH där som på en förlossningssal.

En studie belyste att kejsarsnitt hindrade arbetet för HMH, delvis på grund av personalen. Obstetriska sjuksköterskor uttryckte att ett hinder för utövandet av HMH vid kejsarsnitt var

att pediatriker ville separera mor och barn för att göra en utvärdering (Koopman, 2016) medan en pediatriker i en annan studie upplevde att obstetriker överlag var mer benägna att separera mor och barn. Obstetriska sjuksköterskor belyste även att det ibland var anestesilogerna som ville separera mor och barn (Holztrattner et al., 2021) och ibland fanns det inte någon plats på moderns bröst relaterat till att läkarens armbåge var där i samband med kejsarsnittet (Alenchery et al., 2018).

Barnmorskor uttryckte att HMH var en del av deras jobb och att de var motiverade att lägga barnet HMH men att de inte fick något stöd från andra professioner. De belyste även att ett bristande teamwork och interprofessionellt samarbete ledde till frekvent avbrytande av HMH (Abdulghani et al., 2020). Barnmorskor ansåg inte att avtorkning försenade HMH utan uttryckte att det då fanns en chans för modern att andas ut under någon minut och göra sig mer bekväm (Niela-vilen et al., 2020). Den medicinska personalen under kejsarsnitt rekommenderade att barnmorskor skulle meddela när de planerade att genomföra HMH så att alla andra professioner i rummet kunde förändra situationen för att främja HMH (Stevens et al., 2016). Dåligt samarbete mellan vårdprofessionerna upplevdes som en barriär för HMH efter kejsarsnitt i två studier (Stevens et al., 2016; Zwedberg et al., 2015). Neonatologer och pediatriker kommenterade att så länge barnet är centralt rosigt och retbart så kan barnet, med en förbättrad kommunikation mellan personalen, tas direkt till modern (Stevens et al., 2016).

5.3 Hud-mot-hud och dess påverkan på personen

I samband med HMH upplevdes barnen lugnare och det pekade även på en förbättring i mödrars känslomässiga besvär (Holztrattner et al., 2021). Barnen upplevdes även mindre stressade och verkade mer tillfreds:

It is a perception of mine that the children seem more peaceful, they seem more settled babies and that's positive for all mothers having settled babies. (Sjuksköterska) (Stevens et al., 2018, s, 459).

Sjuksköterskor upplevde att den tidiga interaktionen mellan mor och barn är viktigt och att den är beroende av HMH efter födseln (Holztrattner et al., 2021). Vårdpersonalen såg de främjande egenskaperna med HMH efter kejsarsnitt och anestesipersonal kommenterade bland annat att genom barnets närvaro kan behovet av analgetika hos modern minska. De

uttryckte även upplevelsen om de positiva egenskaperna för barnet som anknytning, taktila stimuli, och temperaturreglering och barnmorskor påtalade att HMH hjälper barnet att reglera andning och hjärtrytm samt kan ha en lugnande effekt vid respiratoriska problem (Stevens et al., 2016). Även i studien av Mbalinda et al., 2018 upplevde vårdpersonalen bättre temperaturreglering men också snabbare återhämtning vid asyfyxi då barnet lades HMH och barnet upplevdes även piggare. En anestesilog uttryckte att den fysiska närvaron var betryggande och en annan upplevde att modern glömmer vad som pågår när barnet är hos modern:

“The physical presence is reassuring” [...] “When the baby's over with them, they forget about all that's going on around them” (Anestesiolog) (Stevens et al., 2018, s.459).

I två studier beskrev personal att HMH verkade smärtlindrande för modern och att modern verkade mindre orolig angående suturering (Alenchery et al., 2018; Mbalinda et al., 2018). HMH upplevdes även öka tillfredsställelsen hos modern och minskade stress (Crenshaw et al., 2021).

I studien av Alenchery et al., 2018, upplevde en sjuksköterska att de barn som får HMH efter födseln gråter mindre och flera studier belyste att HMH efter födseln var en fördel för att initiera och etablera amning (Crenshaw et al., 2021; Holztrattner et al., 2021; Niela-vilen et al., 2020; Stevens et al., 2016; Stevens et al., 2018; Zwedberg et al., 2015).

HMH beskrevs av majoriteten av vårdpersonalen som enkelt (Abdulghani et al., 2020; Mbalinda et al., 2018). Barnmorskor i en studie från Uganda nämnde kontinuerlig HMH som något enkelt att genomföra även fast mödrarna och vårdpersonalen inte hade någon tidigare erfarenhet (Mbalinda et al., 2018). Vårdpersonalen ansåg att det fanns fördelar med HMH för som att det exempelvis ökade arbetstillfredsställelsen och minskade arbetsbördan (Mbalinda et al., 2018; Stevens et al., 2016). En anestesilog upplevde att HMH instinktivt är det biologiska och rätta att göra (Stevens et al., 2016). Vårdpersonalen uttryckte en känsla av tillfredsställelse när HMH kunde tillämpas då det kändes som det naturliga sättet att säkerställa barnets känsla av säkerhet utanför livmodern (Zwedberg et al., 2015).

Flera artiklar belyste risken med att barnet kan ramla ner från moderns bröst, både vid kejsarsnitt och efter en vaginal förlossning (Alenchery et al., 2018; Abdulgahni et al., 2020;

Crenshaw et al., 2021). En barnmorska upplevde att anestesiologer inte tyckte om HMH då det ansågs osäkert för barnet att ligga på moderns bröst på grund av risken att ramla ned (Stevens et al., 2018). Deltagarna i Alenchery et al., 2018 studie uttryckte oro om barnet ligger HMH i samband med suturering då modern kanske rör sig av smärta vilket kan resultera i att barnet kan ramla ner. I en annan studie uttryckte vårdpersonalen oro för att barnet skulle drabbas av SUPC om barnet lämnades HMH med modern (Abdulghani et al., 2020). Många i personalen vid kejsarsnitt nämnde att de aldrig flyttar mor och barn ihop från operationsbritten till avdelningssängen relaterat till säkerhetsrisker, vilket alltid gjorde att HMH avbröts under dessa perioder och en läkare påtalade att det aldrig borde finnas en anledning till att inte utöva one-to-one vård under ett kejsarsnitt, då det skulle försäkra vårdpersonalen om att HMH skedde på ett säkert sätt (Stevens et al., 2016).

Många deltagare uttryckte det fanns potentiella risker för både moderns och barnets psykofysiologiska parametrar vid HMH under ett kejsarsnitt. Riskerna inkluderade exempelvis dålig temperaturreglering hos barnet relaterat till kalla operationssalar och den potentiella risken att mor eller barn kunde bli instabila under operationen (Crenshaw et al., 2021). En annan risk som beskrevs av en obstetriker var rädslan över att det friska barnet skulle bli cyanotisk under HMH och kräva återupplivningsvård, något som hade hänt förut och som den behandlande obstetrikern då skulle hållas ansvarig för (Alenchery et al., 2018).

5.4 Moderns plats i rummet

I ett flertal studier beskrev vårdpersonalen att moderns mående påverkar arbetet med HMH. Vårdpersonal beskrev i Koopmans et al., (2016) studie att en stor barriär till HMH var medicinska komplikationer hos modern och enligt Zwedberg et al., (2015) upplevde barnmorskor att moderns välmående avgör om HMH prioriteras eller inte. I en studie hade vårdpersonalen en traditionell uppfattning om att modern var tvungen att vila efter förlossningen och separerades därför från sitt barn, vilket ansågs hindra HMH. De ansåg att modern inte var kapabel att hålla sitt barn direkt efter förlossningen om hon var utmattad, hade ont eller var påverkad av sedering, vilket också hindrade HMH (Abdulghani et al., 2019). Vid kejsarsnitt upplevde barnmorskor att moderns nedsatta rörlighet och upplevelse av smärta var ett hinder för direkt HMH och ett ytterligare problem var att mödrar kunde ha svårt att hålla sina barn eftersom spinal anestesi gjorde att de tappade kontrollen över armarna (Zwedberg et al., 2015). En obstetrisk sjuksköterska upplevde att mödrar under kejsarsnitt inte kände sig lika säkra på att utöva HMH som vid en vaginal förlossning eftersom de är mer

benägna att vara sjuka, illamående eller att deras armar domnar (Holztrattner et al., 2021). Vidare beskrev en sjuksköterska i en annan studie att moderns komfort var en möjlig barriär till HMH:

You're lying there, you know your belly is open. You have got all these strange people walking around. You hear and feel intense things going on. You have no control and now they want to put a baby on your chest and you can't move your arms. (Sjuksköterska) (Koopman et al., 2016, s. 1373).

Vårdpersonalen beskrev att mödrars acceptans eller avvisande av HMH berodde på deras kunskap, erfarenheter och attityd och trodde att mödrar skulle acceptera HMH om de hade haft problem med infertilitet, hade erfarenhet av HMH och om de hade fått utbildning och kunskap om fördelarna. Vårdpersonalen beskrev att mödrars relation till förlossningspersonalen och positiva attityd till HMH främjade utövandet av HMH (Abdulghani et al., 2019). Barnmorskor uttryckte att mödrar inte kommunicerade sina preferenser om kontakten med deras barn med barnmorskan (Stevens et al., 2016).

Vårdpersonalen upplevde att ett hinder för arbetet med HMH var att vissa mödrar inte ville ha HMH (Alenchery et al., 2018; Koopman et al., 2016) och även under kejsarsnitt kunde en barriär vara att modern inte önskade HMH under operationen (Crenshaw et al., 2021). Enligt Mbalinda et al., (2018) uttryckte vårdpersonalen ett problem med att unga mödrar och mödrar med psykisk ohälsa ibland inte ville interagera med sina barn. Moderns ovilja att utföra HMH kunde även vara på grund av oönskat kön på barnet vilket var ett hinder (Alenchery et al., 2018). Vissa mödrar ville att barnet skulle tvättas innan de ville hålla i dem vilket beskrevs som ett hinder för tidig HMH vid vaginal förlossning och vid kejsarsnitt utövas inte tidig HMH vilket vårdpersonalen upplevde berodde på att mödrar ofta ville att deras barn tvättas innan de håller dem mot sin hud. En annan anledning till att tidig HMH inte utövades vid kejsarsnitt var för att mödrar inte efterfrågade tidig HMH (Koopman et al., 2016).

I en studie beskrev vårdpersonalen att rutiner som att ta fotavtryck på barnet och avtryck från moderns tumme, samt avslöja könet på barnet kunde göra att mor och barn kom närmre varandra vilket kunde möjliggöra HMH (Abdulghani et al., 2019). I en annan studie uttryckte vårdpersonalen att det var enklare att utföra HMH efter ett mödra-assisterat kejsarsnitt och

beskrevs som ett mycket bra sätt att förbättra direkt HMM efter kejsarsnitt eftersom HMM då skulle komma naturligt (Stevens et al., 2016).

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Studiedesign

En kvalitativ litteraturöversikt valdes för att sammanställa den data som finns inom ämnet. Författarna diskuterade möjligheterna att göra en intervjustudie men på grund av tidsbegränsning skulle författarna ej hunnit inkludera all vårdpersonal som de ansåg var av vikt för att besvara syftet. Det diskuterades därför även att genomföra en intervjustudie med endast barnmorskor men efter att ha studerat litteraturen där Kahalon et al., (2021) belyser vikten av interprofessionellt teamarbete ansågs endast barnmorskor inte kunna besvara författarnas problemområde fullt ut.

Den kvalitativa forskningen inom ämnet var relativt liten efter att artiklar exkluderats på grund av låg kvalitet eller att de inte uppfyllde inklusionskriterierna vilket kan ses som en begränsning. Trots litet urval kunde fenomenet besvaras då inkluderade artiklar hade rikligt med data. En kvantitativ design ansågs inte lämplig utifrån syftet och var därför uteslutet.

6.1.2 Datainsamling

Enligt Kahalon et al., (2021) bidrar all närvarande vårdpersonal vid en förlossning till möjliggörandet av HMM. Författarna valde därför att öka tydligheten kring vilken vårdpersonal de inkluderade genom att göra en tabell med Mesh-termer, CINAHL-headings och fritextord för de vårdprofessioner som ansågs viktiga för upplevelsen av HMM. Ämnesorden i sökningarna kombinerades med fritextord för att hitta artiklar som inte kom med under endast ämnesord vilket enligt Henricson, (2017) ökar specificiteten i sökningen.

Att genomföra sökningar i olika databaser med samma fokusområde stärker trovärdigheten eftersom det ökar chansen att hitta artiklar som svarar på syftet. Författarna har genom datainsamlingen visat på tillvägagångssätt i text och genom redovisning i sökmatrix,

PRISMA flödesschema och tabell över använda ämnes- och fritextord. Att tydligt redovisa tillvägagångssätt för datainsamling stärker enligt Henricson (2017) arbetets överförbarhet.

6.1.3 Urval

I arbetet inkluderades artiklar från åtta olika länder. Att använda data från en bred population ses som en styrka enligt Graneheim och Lundman (2004) eftersom möjligheten att belysa syftet ökar om urvalet innefattar deltagare med olika erfarenhet. En artikel från Uganda och en artikel från Saudiarabien skiljde sig mer i resultat jämfört med de andra artiklarna. Artikeln från Uganda belyser upplevelserna av HMH i ett låginkomstland, där resultatet skiljde sig från de andra artiklarna på grund av upplevelsen att arbeta med HMH uttrycktes vara beroende av ekonomiska aspekter medan artikeln från Saudiarabien visade på kulturella aspekter, vilka skiljde sig från de andra artiklarna. Författarna anser att trots olikheterna i dessa studier är upplevelserna viktiga för resultatet då det belyser hur arbetet kan främjas eller hindras i olika kontexter, vilket förhoppningsvis genererar i en medvetenhet kring olika kulturella och socioekonomiska aspekter i arbetet med HMH.

Sex av artiklarna belyste arbetet med HMH i samband med kejsarsnitt, där några av dessa endast belyste kejsarsnitt och några belyste både vaginal förlossning och kejsarsnitt. Resultatet i detta arbete belyser till stor del upplevelser vid kejsarsnitt. Författarna anser ej detta som en svaghet då målet var att sammanställa forskning inom upplevelser vid båda förlossningssätten. Detta var det resultat som genererades och med tanke på den uttömmande sökning som genomfördes tyder det på att det finns mer forskning kring upplevelserna vid kejsarsnitt vilka författarna anser är viktiga att belysa eftersom det också var vid kejsarsnitt flest upplevda barriärer framkom.

Artiklarna som inkluderats har ett brett urval med upplevelser från många olika yrkeskategorier. Enligt Henricson och Billhult (2017) kan en stor homogen grupp försvåra arbetet medan ett urval med stor variation kan ge informationsrika beskrivningar av fenomenet, vilket är passande för studier med kvalitativ design och anses därför som en styrka i arbetet. Begränsning att inkludera artiklar som inte var äldre än tio år kan ses som en svaghet då äldre artiklar likväl kan ha svarat på studiens syfte. Författarna ville dock sammanställa den mest aktuella forskningen inom ämnet och valde därför begränsningen tio år. Alla inkluderade artiklar var peer-reviewed vilket enligt Friberg (2012) ökar

tillförlitligheten då studierna validerats av utomstående ämnesgranskare.

En artikel med mixed method inkluderades där kvalitativa och kvantitativa data utgjorde resultatet. Endast det kvalitativa resultatet valdes dock att analyseras, då det enligt Bressan et al., (2017) saknas tillräckliga riktlinjer kring hur studier med mixade metoder ska presenteras om båda metoderna inkluderas och kvantitativa data inte hade kunnat besvara syftet i den utsträckning författarna ville. I arbetet användes kvalitativa artiklar med både etnografi- och intervjuer/fokusgrupper samt kvalitativa artiklar med intervjuer och fokusgrupper. I de artiklar med etnografi användes endast resultat från intervjuer och fokusgrupper då författarna ansåg att observationer genom etnografi ej svarade på studiens syfte.

6.1.4 Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen genomfördes av båda författarna och samtliga granskningar diskuterades och jämfördes mellan författarna vilket stärker arbetets trovärdighet. Enligt Henricson (2017) påverkar artiklarnas kvalitet arbetets resultat och att samtliga artiklar var av medelhög kvalitet skulle därför kunna sänka pålitligheten till skillnad från om några eller samtliga artiklar hade varit av hög kvalitet. Dock ansågs samtliga artiklar kunna beskriva fenomenet utifrån syftet vilket gjorde att de var relevanta för arbetet. Artiklarna som erhöll medelhög kvalitet saknade inga kriterier som ansågs påverka studiernas tillförlitlighet, men saknade någon eller några andra kriterier som enligt författarna hade behövts för att studien skulle uppnå hög kvalitet och valdes därför att inkluderas. Att inga artiklar med låg kvalitet inkluderades stärker trovärdigheten (Henricson, 2017).

6.1.5 Förförståelse och analys

Författarna har erfarenhet av ämnet genom verksamhetsförlagd utbildning på förlossning och kunskap om ämnet från barnmorskeutbildningen på Karolinska Institutet. Att ha en förförståelse för ämnet kan enligt Mårtensson och Fridlund (2017) påverka datainsamling och analys och för att undvika att författarnas egna tolkningar påverkade analysen har de genom analysen därför diskuterat sin förförståelse fortlöpande för att öka pålitligheten i arbetet. Genom en medvetenhet kring författarnas förförståelse minskar risken enligt Friberg (2012) att snedvrida resultatet och därför har författarna låtit denna diskussion fortgå genom hela arbetets gång.

Analysen genomfördes gemensamt vilket är en styrka då författarna kunde diskutera och undvika att lägga egna tolkningar i utformningen av kategorier och huvudkategorier. Förförståelsen kan ha påverkat arbetet med utformning av kategorier och huvudkategorier men genom att författarna varit medvetna om sin förförståelse och samtalat kring denna har de försökt begränsa förförståelsen kring ämnet så att det inte ska påverka resultatet. Enligt Henricson (2017) ökar trovärdigheten om analys diskuteras med utomstående personer. Därför har författarna fortlöpande diskuterat analysprocessen med handledare och författare från grupphandledning som tog del av koder, kategorier, huvudkategorier och resultat. Resultatet presenteras i text och stärks med citat från intervjuer vilket enligt Mårtensson & Fridlund (2017) ökar trovärdigheten.

6.1.6 Etiska ställningstaganden

Författarna har genom hela arbetets gång haft ett etiskt förhållningssätt genom att ta hänsyn till göra-gott-principen enligt Kjellström (2017). Då etiskt godkännande var ett inklusionskriterie och ett kriterium för att godkänna kvalitén exkluderas en artikel som saknade etiskt godkännande. Detta ansågs dock inte ha någon påverkan på resultatet då artikeln även saknade andra kriterier i kvalitetsgranskningen som var av vikt för att bli inkluderad. I dataanalys och resultat hade författarna ett etiskt förhållningssätt genom att inte förvränga data.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att vårdpersonalens upplevelser skiljer sig mellan olika professioner. Många uttryckte tankar om främjande faktorer för arbetet med HMH, men också arbetssätt och attityder som gör att HMH inte genomförs i den utsträckning den kan eller bör. De kategorier som identifierats belyser hur arbetsplatsen och arbetsmiljön har betydelse för vårdpersonalens utövande av HMH, vilken roll mödrars vilja och kunskap spelar i arbetet med HMH och hur barnet ses i denna triad. HMH upplevs ha främjande egenskaper för både mor och barn men enligt vårdpersonalen medför det även risker som ibland väger tyngre än de positiva effekterna av HMH, vilket gör att vårdpersonalen ibland är ovilliga att utöva HMH.

Resultatet visade att tid- och personalbrist var två faktorer som hindrade arbetet med HMH vilka kan ses i samklang med varandra då tidsbristen ibland även berodde på bristen av

personal. I en studie av Bradley, et al., (2015) om vilken påverkan personalbrist har på obstetrisk vård i Malawi belyser deltagarna att personalbristen har stor påverkan på vilken chans vårdpersonalen har att möta de krav som ställs på dem. En deltagare uttryckte att trots att hon visste vad som skulle göras kunde hon inte utföra alla arbetsuppgifter eftersom hon var ensam. En studie i detta arbetes resultat där vårdpersonalen fick frågan om vilka anledningar det fanns för att inte genomföra HMH efter en förlossning uttryckte deltagarna att det inte fanns några anledningar. Detta visar att trots viljan och vetskapen om att HMH är främjande för både mor och barn finns det brister i arbetsmiljön som hindrar arbetet med att utöva HMH i den utsträckning som vårdpersonalen önskar. Detta tyder på att brister på organisatorisk nivå såsom personaltillgång ligger till grund för problem som tar ifrån nyfödda barn och mödrar möjligheten att vara HMH i anslutning till förlossningen.

Vårdpersonalen upplever att en hindrande faktor till arbetet med HMH är att de oavbrutet måste vara med mor och barn under de första timmarna vilket ofta beskrivs som svårt eller omöjligt. I en översikt av Fleming (2012), där de sammanställt risker och fördelar med HMH relaterat till SUPC rekommenderas det att man kontrollerar barnets position med täta mellanrum de första tre timmarna efter förlossningen. Karolinska Universitetssjukhuset (2022) skriver att föräldrar ska informeras om säker HMH samt att vårdpersonal tillsammans med föräldrar ska säkerställa att barnet har fria luftvägar. Utifrån resultatet, annan forskning och riktlinjer som finns kan man reflektera över om informationen om säker HMH till föräldrar är tillräcklig. Kanske är bristande information om säker HMH till föräldrar en bidragande faktor till att vårdpersonal känner sig osäkra på om HMH utan deras konstanta närvaro blir säker och därför väljer att inte utöva det. UNICEF (2022) skriver dock att vårdpersonal bör observera barnets kroppstemperatur och hudfärg för en säker HMH vilket kräver täta kontroller av vårdpersonalen som kanske inte kan möjliggöras med den personalbrist som resultatet i detta arbete belyser präglar arbetsmiljön.

Vid kejsarsnitt upplever vårdpersonalen att begränsningar i miljön hindrar utövandet av HMH, bland annat dålig beaktning av det sterila fältet, brist på fysiskt utrymme och icke adekvat temperaturen i operationssalen. En studie av Schorn et al., (2015) om implementering av familjecentrerat kejsarsnitt visar att det är begränsat utrymme för HMH på grund av att den sterila duken når långt upp på moderns bröst. Det beskrivs dock inte som ett problem utan att säker HMH ändå är möjligt med noga uppsikt över barnet och med reevaluering av barnets position. En annan studie där 100 mödrar och barn blev lottade till att

antingen få omedelbar HMH eller rutinvård genom att placeras i en varmare miljö efter kejsarsnittet visade att det inte var någon signifikant skillnad i temperatur hos barnen i de två grupperna (Beiranvand et al., 2014). Att vårdpersonal i resultatet upplever att arbetet med HMH efter kejsarsnitt hindras, delvis på grund av risken för hypotermi i operationsmiljön och delvis på grund av platsbrist, tyder på att det finns kunskapsluckor hos vårdpersonalen. Viss vårdpersonal i resultatet uttrycker just det, att deras brist på kunskap om utförandet av HMH i operationssalen är ett hinder för arbetet med HMH. I en implementeringsstudie av Stone et al., (2014) där målet var att ändra rutiner vid elektiva kejsarsnitt så att alla friska fullgångna barn fick genomgå HMH var en del av studien att utbilda vårdpersonalen i HMH innan implementeringen startade. Studiens syften var att skapa riktlinjer för de olika professionernas arbete med HMH på operationssalen, att implementera riktlinjerna och att utvärdera processen av implementeringen. När projektet var genomfört rapporterade vårdpersonalen att HMH vid elektiva kejsarsnitt hade blivit en rutin och ett etablerat arbetssätt under alla skift. Studien är ett exempel på vad utbildning och förändring i rutiner kan ge för resultat i förbättringsarbeten. Utbildning och förändrade rutiner skulle kunna ha god effekt på de brister i arbetet med HMH som vårdpersonalen upplever för att förbättra utövandet av HMH.

I arbetets resultat belyser en studie från Uganda upplevelser som skiljer sig från de andra artiklarna i resultatet på grund av stora skillnader i den socioekonomiska situationen i Uganda. Studien belyser vårdpersonalens upplevelser innan och efter ett implementeringsarbete av HMH där de innan implementeringen hade uppfattningen om att HMH endast passade i höginkomstländer. Efter implementeringen som delvis bestod av utbildning i HMH upplevde vårdpersonalen utövandet som enkelt och naturligt, troligtvis som ett resultat av den utbildning de fått innan. Vårdpersonalen i mer utvecklade länder beskriver att HMH inte får plats på grund av placering av utrustning, att det finns risk för kontaminering av sterila fält och risk för störning av monitorering medan vårdpersonalen i ett låginkomstland beskriver att HMH inte kan genomföras på grund av mer enkla saker såsom brist på handdukar och att det anses passa i höginkomstländer. Trots att resultaten skiljer sig åt kan det vara av vikt att ta del av alla upplevelser för att de med perspektiv från den mer utvecklade vården ska kunna se vad som kan främja eller hindra HMH i låginkomstländer och vice versa. Kanske kan olika länder med olika svårigheter och möjligheter med HMH lära sig av varandra för att sträva för en global gemensam utveckling och kunskapsbank av främjande faktorer till utövandet av HMH.

I resultatet i detta arbete framkom det kulturella skillnader i arbetet med HMH, exempelvis i en artikel från Saudiarabien. Vårdpersonalen i studien beskrev att mödrar inte gärna hade bar bröstkorg under förlossningen vilket utgjorde ett hinder för HMH. I artikeln framkom det även att mödrar önskade att barnen skulle tvättas av innan de lades HMH vilket är en kulturell aspekt som skiljde sig från de andra studierna. Bystrova et al. (2009) beskriver att man globalt sett i vissa länder lindar in barnen i stället för att lägga dem HMH. Detta kan ses som en traditionell faktor som i dessa länder skulle kunna göra det svårare för det utvecklande arbetet med HMH eftersom de kulturella aspekterna ligger till stark grund hos både mödrar och vårdpersonal vid utövandet av HMH.

Arbetet med HMH upplevs vara en distraktion och ett störningsmoment för vårdpersonalens olika arbetsområden i samband med förlossning, främst vid kejsarsnitt. Det är intressant att fundera över vad som ligger till grund för att vårdpersonalen upplever att HMH i samband med kejsarsnitt stör arbetsuppgifter, medan vissa kliniker har möjlighet till att implementera mödra-assisterat eller familjecentrerade kejsarsnitt där HMH tar stor plats i olika arbetsfält. I en implementeringsstudie av familjecentrerade kejsarsnitt av Schorn et al., (2015) skriver författaren att ett familjecentrerat kejsarsnitt kräver planering, koordinering och ett gott interprofessionellt samarbete för att det ska fungera. Just bristande interprofessionellt samarbete uttrycks i arbetets resultat som en hindrande faktor till HMH och kanske kan ses som en anledning till att HMH i vissa studier ansågs som störande. Resultatet visar dock också att vårdpersonalen upplever att HMH är enklare att utöva efter mödra-assisterat kejsarsnitt eftersom det faller sig mer naturligt. Vårdpersonalen upplever att faktorer såsom policys, riktlinjer, rutiner och arbetssätt är barriärer för arbetet med HMH och vissa nämner även att svårigheterna i att ändra rutiner är ett hinder. Cleary et al., (2018) trycker på att de hinder som kan upplevas i en operationsmiljö vid förlossningar bör lyftas och tacklas istället för att ses som anledningar till att exkludera vissa mödrar och barn från att få HMH de fördelar som det innebär.

Resultatet visar att vårdpersonal upplever att HMH har främjande egenskaper för både mor och barn, bland annat att HMH främjar initiering och etablering av amning. Karimi et al., (2019) visar i sin studie att HMH mellan mor och barn är en signifikant främjande faktor för amning. Resultatet visar på att vårdpersonalen upplever många faktorer som gör det svårare att utöva HMH vid kejsarsnitt än vid en vaginal förlossning. De främjande fördelarna med

amning bör dock ligga till grund för att HMH prioriteras, både vid kejsarsnitt och vaginal förlossning där vårdpersonal har en stor roll i att främja omedelbar och oavbruten HMH enligt WHO:s (2022b) rekommendationer. Resultatet i arbetet visar att vårdpersonal upplever att kejsarsnitt kan vara ett hinder för arbetet med HMH och man kan reflektera över vilka följder det får för mödrar och barn som genomgått kejsarsnitt och vilka fördelar med HMH och amning som de därför kan gå miste om.

Resultatet visar att vårdpersonal upplever andra fördelar för mor och barn såsom förbättrad reglering av hjärtfrekvens, temperatur och snabbare återhämtning efter asfyxi. Det visar även att vårdpersonalens attityd kring HMH kan ha betydelse för utövandet, där positiva upplevelser av de främjande egenskaperna skulle kunna leda till flera positiva attityder, vilket ökar utövandet av HMH. I studien från Uganda upplevde vårdpersonalen en rädsla för att HMH skulle leda till hypotermi hos barnet eftersom det ibland inte fanns handdukar att tillgå för att täcka barnet på moderns kropp och att HMH endast passade i höginkomstländer. Utifrån detta resultat kan man diskutera huruvida HMH kanske är än viktigare i ett låginkomstland med knappa resurser då HMH bidrar till en bättre reglering av barnets kroppstemperatur snarare än hypotermi (Christensson et al., 1992). HMH kanske kan främja vårdpersonalens attityd och upplevelser och därmed arbetet av HMH i länder där medicinska och teknologiska resurser är begränsade genom att vårdpersonalen får uppleva dess främjande egenskaper. Denna reflektion stöds av en studie av Gupta et al., (2021) som visar på att HMH är fördelaktigt för både friska fullgångna barn och även sjuka prematura barn, framförallt för att HMH stabiliserar fysiologiska parametrar såsom temperatur och främjar amning och anknytning. Enligt resultatet från Gupta et al., (2021) och studien från Uganda skulle HMH kanske kunna upplevas som en åtgärd och behandling i ett låginkomstland, snarare än att innebära oro för risker för barnet såsom vårdpersonalen i Uganda beskriver.

Resultatet visar att många av vårdpersonalens upplevelser kring arbetet med HMH var grundade på moderns fysiska mående, attityd och vilja. Vårdpersonal upplever att mödrar under kejsarsnitt inte känner sig lika säkra på att utöva HMH som vid en vaginal förlossning eftersom det finns en större risk att de är sjuka eller har nedsatt känsel i armarna vilket gör att mödrar har svårare att hålla i sina barn. Deys et al., (2021) beskriver att mödrar har en rädsla för separation, att de önskar HMH och att förlossningsupplevelsen förbättrades när de fick HMH. Det beskrivs också att på grund av att mödrar har begränsad makt över sin förlossning

under kejsarsnitt krävs det att andra inblandade personer tar den födandes parti för att HMH ska vara möjligt. Både resultatet i detta arbete och resultatet från studien av Deys et al (2021) visar att vårdpersonalen besitter makt som kan avgöra om HMH tillämpas eller inte. För att främja mödrars önskemål om HMH som beskrivs av Deys et al., (2021) skulle vårdpersonalen behöva arbeta med ett mer personcentrerat förhållningssätt genom att fysiskt hjälpa mödrar att utöva HMH så att separation undviks. Ser man till en svenska vårdkontext står det i både kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska och legitimerad sjuksköterska att barnmorskan och sjuksköterskan ska arbeta personcentrerat, främja delaktighet och tillgodose psykiska och emotionella behov *oberoende* av omständigheter, vilket också styrker att mödrar under kejsarsnitt bör tillgå HMH om de önskar, oavsett deras fysiska tillstånd (Svenska barnmorskeförbundet 2019; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Barnmorskan ska också arbeta utifrån den internationella etiska koden som bland annat beskriver att hälsovården ska vara jämlik (Barnmorskeförbundet, 2019). I resultatet framkom det att vårdpersonalen upplevde att tidig HMH var svårare efter ett kejsarsnitt än efter en vaginal förlossning samt att det var svårare att skapa rätt förutsättningar för kontinuerlig HMH efter kejsarsnitt. Lewis et al., (2014) beskriver i sin studie att mödrar oavsett förlossningssätt, inte vill separeras från sina barn. Att det är svårare att skapa förutsättningar för kontinuerlig HMH efter kejsarsnitt än efter en vaginal förlossning är en aspekt som kan diskuteras utifrån den internationella etiska koden för barnmorskor huruvida vården för födande kvinnor verkligen är jämlik när förutsättningarna för HMH är olika beroende på förlossningssätt (Barnmorskeförbundet, 2019). Ser man till vården i Sverige ligger ansvaret inte enbart på barnmorskor eller andra yrkeskategorier att arbeta för en jämlik vård utan även på en högre organisatorisk nivå (Socialstyrelsen, 2015). Detta ger underlag för att se över hur kliniker främjar möjligheten att arbeta med HMH vid förlossningar och i vilken utsträckning vårdpersonalen får utrymme att skapa kontinuerlig och jämlik vård.

Vårdpersonalen upplevde att en icke stödjande attityd om HMH från föräldrar kunde vara en barriär i arbetet med HMH. Vårdpersonalen upplevde att en icke-stödjande attityd från både vårdpersonal och föräldrar berodde på bristen av kunskap om HMH samtidigt som en främjande faktor för arbete med HMH var att mödrar var välinformerade inför förlossningen. Liknande resultat visas i en studie av Bayaruhanga et al., (2008) som belyser att kvinnors upplevelse av HMH påverkas av den kunskap de har om HMH innan förlossningen. Vissa mödrar enligt Bayaruhanga et al., (2008) visste inte varför HMH utövades och trodde att vårdpersonalen la barnet på bröstet endast för att försöka distrahera modern från smärta.

Mödrarna uttryckte också att de uppskattade vårdpersonalens hjälp, men att de också kunde bli för dominerande och upplevas som respektlösa. Hur vårdssituationer upplevs kan till stor del bero på information där vårdpersonal genom en god kommunikation och en personcentrerad vård kan främja en positiv upplevelse för att hindra det dåliga bemötandet som mödrarna i Bayaruhangas et al., (2008) studie upplevde.

Vårdpersonalen upplever också att HMH inte utövas vid kejsarsnitt på grund av att mödrar inte efterfrågar det. En fundering uppstår då huruvida modern och medföräldern är informerade om HMH, och att en information- och kunskapslucka kan vara en anledning till att det inte efterfrågas. I en svensk vårdkontext har vårdpersonalen enligt Socialstyrelsen (2015) ett ansvar att se till att patienten har tillräckligt med underlag för att kunna ta ställning till den vård och behandling som finns. Om vårdpersonalen ges möjlighet att arbeta evidensbaserat utifrån fördelarna med HMH och informerar föräldrar om dem, har föräldrarna troligtvis en större möjlighet att göra informerade val. En studie av Lewis et al., (2014) visar att mödrar som får vara delaktiga i sin planering inför kejsarsnitt där vårdpersonalen involverar dem, ger alternativ till vård, stöttar deras val och kan ge HMH efter förlossningen leder till en bättre förlossningsupplevelse. Sammantaget så visar både resultatet i detta arbete och i studierna av Bayaruhanga et al (2008) och Lewis et al., (2014) på vikten av kunskap, information och kommunikation mellan mödrar och vårdpersonal för att skapa en personcentrerad vård där modern känner sig respekterad, informerad och delaktig i sitt beslut om HMH och vårdpersonalen upplever att arbetet med HMH blir enklare.

7 Slutsats

Vårdpersonalens upplevelser av arbetet med HMH efter förlossningen skiljer sig mellan olika vårdprofessioner och de upplevda hindren vid HMH är i många fall grundade på kunskapsluckor och brister i arbetssätt och arbetsmiljö. Det som ligger till grund för vårdpersonalens upplevda hinder kan ändras om vissa faktorer på arbetsplatsen förbättras, såsom ökad personaltäthet och mer utbildning i HMH för föräldrar och vårdpersonal. För föräldrar för att främja deras rätt till informerade val och för vårdpersonal för att främja deras möjlighet att arbeta för en evidensbaserad förlossningsvård. Många av de beskrivna svårigheterna med HMH kräver förändring på organisatorisk nivå men också på individnivå där vårdpersonalen kan främja arbetet med HMH genom gott samarbete mellan professioner, kommunikation mellan mödrar och vårdpersonal och att arbeta för en positiv attityd kring

HMH. Genom förändringar i arbetssätt ges vårdpersonalen ökade möjligheter att arbeta mot målet att alla mödrar och barn ska få ta del av de främjande egenskaperna av HMH på ett riskfritt sätt.

8 Kliniska implikationer

Vårdpersonalens upplevelser är av stor betydelse för klinikers arbete att utveckla arbetssätt med HMH eftersom upplevelserna och attityderna kan ses som svar på vilka faktorer som kan förbättras och vilka faktorer som främjar det pågående arbetet med HMH. Detta arbete kan utgöra underlag för vidare arbete med HMH genom att reducera de barriärer som redovisats och främja det som upplevs som möjligheter. Vi ser även att det kan ge vårdpersonalen en inblick i- och få större förståelse för de olika professionernas upplevelser av arbetet med HMH vilket kan främja samarbetet mellan dem. Med detta arbete kan kliniker även arbeta på en högre organisatorisk nivå genom att se över utformning av operationssalar, rutiner kring HMH efter förlossningar, rutiner kring efterskötning och kontroller av barnet och framförallt att utbilda vårdpersonal och föräldrar i fördelarna med- och utövandet av HMH.

9 Förslag till vidare forskning

Resultatet tyder på att det finns en lucka i arbetet med HMH vid kejsarsnitt och att vården mellan vaginala förlossningar och kejsarsnitt skiljer sig och därför inte kan ses som jämlik. Därför föreslås vidare forskning om arbetet med HMH efter kejsarsnitt, hur utövandet kan möjliggöras och förbättras för att uppnå kontinuitet av HMH. Detta arbete belyser HMH inom två timmar efter förlossningen men ny forskning bör också fokusera på hur man kan behålla en omedelbar och oavbruten HMH hela vägen från operationssal och förlossningssal till eftervårdsavdelning för att mor och barn ska få ta del av alla fördelar med HMH. I och med att kejsarsnitt visade sig vara en av de stora barriärerna i arbetet med HMH och där man i tidigare forskning har sett att familjecentrerade kejsarsnitt kan främja HMH, föreslår författarna även implementeringsstudier om familjecentrerat kejsarsnitt för att fler kliniker ska få evidensbaserade underlag för att implementera metoden. Att vårdpersonalen ges möjlighet att arbeta evidensbaserat i en god miljö är av stor vikt för patientsäkerheten och för att inte ge vård på fel grunder. Med vidare forskning hoppas författarna därför att det i framtiden ska vara möjligt för mor och barn att vara HMH i alla situationer för att så långt det är möjligt förhindra separation och därmed främja mödrar och barn hälsa.

10 Referenslista

*=Artiklar som ingår i resultatet.

*Abdulghani, N., Cooklin, A., Edvardsson, K., & Amir L. H. (2022). Mothers' perceptions and experiences of skin-to-skin contact after vaginal birth in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Women and birth*, 35(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.001>

*Abdulghani, N., Edvardsson, K., & Amir, L. H. (2020). Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: A qualitative study. *Midwifery*, 81(102577). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102577>

Anderzén-Carlsson A. (2017). Father-infant skin-to-skin contact appears to be beneficial, however paternal experiences of this need to be explored. *Evidence-based nursing*, 20(4), 112. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1136/eb-2016-102537>

*Alenchery, Thoppil, J., Britto, C. D., de Onis, J. V., Fernandez, L., & Suman Rao, P. N. (2018). Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 18(1), 48–48. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1033-y>

Bayaruhanga, R. N., Bergström, A., Tibemanya, J., Nakitto, C., & Okongo, P. (2008). Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda. *Midwifery*, 24(2), 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.09.002>

Beiranvand, S., Valizadeh, F., Hosseinabadi, R., & Pournia, Y. (2014). The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. *International journal of pediatrics*, 2014(846486). <https://doi.org/10.1155/2014/846486>

Bergman N. J. (2019). Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care. *Birth defects research*, 111(15), 1081–1086. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/bdr2.1528>

Bradley, S., Kamwendo, F., Chipeta, E., Chimwaza, W., de Pinho, H., & McAuliffe, E. (2015). Too few staff, too many patients: a qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(65). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0492-5>

Bressan, V., Bagnasco, A., Aleo, G., Timmins, F., Barisone, M., Bianchi, M., Pellegrini, R., & Sasso, L. (2017). Mixed-methods research in nursing - a critical review. *Journal of clinical nursing*, 26(19-20), 2878–2890. <https://doi.org/10.1111/jocn.13631>

Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & child nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Muhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *BIRTH*, 36(2), 97–109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>

Celik, H. G., Bestel, A., Celik, E., & Aydin, A. A. (2016). Why do multiparous women with a history of vaginal delivery give birth by cesarean section? *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 17(4), 209–213. <https://doi.org/10.5152/jtgga.2016.16119>

Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., Yogasingam, S., Taljaard, M., Agarwal, S., Laopaiboon, M., Wasiak, J., Khunpradit, S., Lumbiganon, P., Gruen, R. L., & Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD005528), 1-132. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/14651858.CD005528.pub3>

Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., Puylo, P., & Winberg, J. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 81(6-7), 488–493. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1651-2227.1992.tb12280.x>

Cleary, E., Cohen, M., & Howard, E. D. (2018). A Cry for Equity in the Operating Room: Standardizing Skin-to-Skin Practices. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 32(2), 97–101. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1097/JPN.0000000000000322>

Cleveland, L., Hill, C. M., Strauss Pulse, W., Condo DiCioccio, H., Field, T., & White-Traut, R. (2017). Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(6), 857-869. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.08.005>

*Crenshaw, J. T., Adams, E. D., Gilder, R. E., & Nolte, H. G. (2021). Measuring health professionals' beliefs about skin-to-skin care during a cesarean. *Maternal & child nutrition*, 17(4).. <https://doi.org/10.1111/mcn.13219>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. M Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 285-299). Studentlitteratur AB.

Darnal, N., & Dungal, G. (2020). Maternal and Fetal Outcome in Emergency versus Elective Caesarean Section. *Journal of Nepal Health Research Council*, 18(2), 186–189. <https://doi-org.proxy.kib.>

Desai, N. M., & Tsukerman, A. (2022). Vaginal Delivery. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Deys, L., Wilson, V., & Meedya, S. (2021). What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery*, 101(2021), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103063>

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. [10.1111/j.1523-536x.2007.00162.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2007.00162.x)

Fleming, P. J. (2012). Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 97(1),

F2-F3. <http://dx.doi.org.proxy.kib.ki.se/10.1136/archdischild-2011-300786>

Friberg. (2012). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (2. uppl.). Studentlitteratur Lund.

Friberg, F., & Öhlen, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 301-323). Studentlitteratur AB.

Global Alliance For Newborn Care [GLANCE]. (September 2020). Campaign.
<https://www.glance-network.org/covid-19/campaign/>

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

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E., & Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Scientific World Journal*, 2017(1940756) 1-5.
[10.1155/2017/1940756](https://doi.org/10.1155/2017/1940756)

Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta paediatrica*, 110(8), 2310-2315. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/apa.15913](https://doi.org.proxy.kib.ki.se/10.1111/apa.15913)

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 411-420). Studentlitteratur AB.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 111-119). Studentlitteratur AB.

Hodnett, E. D., Gates, S., Justus Hofmeyr., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017* (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub3>

*Holztrattner, J. S., Gouveia, H. G., Moraes, M. G., Carlotto, F. D., Klein, B. E., & Coelho, D. F. (2021). Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses. *Revista gaucha de enfermagem*, 42(e20190474).
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190474>

International Doula Life Movement. (Hämtad 30 september 2022). Compassionate and Supportive. End-of-Life Doula Certification.
<https://www.internationaldoulalifemovement.com>

Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2021). Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*, 92(102862). [10.1016/j.midw.2020.102862](https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862)

Karim, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>

Karolinska Universitetssjukhuset (13 april 2022). Säker hud mot hudkontakt med det nyfödda barnet. <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/for-den-nya-familjen/barnets-forsta-vecka/hudmothud/>

Kingsley, C., Ivanov, O., Surendran, A., & Kidwai, S. (2022). P.92 A maternal assisted caesarean section: planning for a new era in patient choice. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 50, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2022.103388>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 57-80). Studentlitteratur AB.

Klemming, S., Lilliesköld, S., & Westrup, B. (2021). Mother-Newborn Couplet Care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta paediatrica*, 110(11), 2951–2957. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/apa.15997>

Kostandy, R. R., & Ludington-Hoe, S. M. (2019). The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). *Birth Defects Research*, 111(15), 1032-1043. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/bdr2.1565>

*Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H., & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of clinical nursing*, 25(9-10), 1367–1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.13227>

Krol, M. K., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsbl*, 61(8), 977-985. [10.1007/s00103-018-2769-0](https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0)

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS: 2003:460) Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lewis, L., Hauck, Y. L., Ritchie, S., Barnett, L., Nunan, H., & Rivers, C. (2014). Australian women's perception of their preparation for and actual experience of a recent scheduled caesarean birth. *Midwifery*, 30(3), 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.009>

Liu, Y., Gou, N., Li, T., Zhuang, W., & Jiang, H. (2020). Prevalence and Associated Factors of Postpartum Anxiety and Depression Symptoms Among Women in Shanghai, China. *Journal of affective disorders*, 274(2020), 848-856. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>

Löf. (2021). Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) – Öväntad postnatal kollaps. Personalinformation. Säker Förlossningsvård. <https://lof.se/filer/SUPC-Ovantad-postnatal-kollaps.pdf>

*Mbalinda, S., Hjelmstedt, A., Nissen, E., Odongkara, B. M., Waiswa, P., & Svensson, K. (2018). Experience of perceived barriers and enablers of safe uninterrupted skin-to-skin

contact during the first hour after birth in Uganda. *Midwifery*, 67(2018), 95–102.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.009>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421-438). Studentlitteratur AB.

Narayan, I. C., Mulder, E., Boers, K. E., van Vonderen, J. J., Wolters, V., Freeman, L. M., & Te Pas, A. B. (2018). Neonatal Safety of Elective Family-Centered Caesarean Sections: A Cohort Study. *Frontiers in pediatrics*, 6(20). <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3389/fped.2018.00020>

*Niela-Vilen, H., Axelin, A., & Flacking, R. (2020). The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study. *Midwifery*, 89(102793). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102793>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart A. L., Thomas, J., Tricco, C. A., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 372(8284). <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1136/bmj.n71>

Porter, M., van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L., & Bhattacharya, S. (2007) Satisfaction with Cesarean Section: Qualitative Analysis of Open-Ended Questions in a Large Postal Survey. *BIRTH*, 34(2), 148-154. 10.1111/j.1523-536X.2007.00161.x

Ringqvist, A-K & Ahlvik, M. (15 november 2019). Hudnära vård av nyfödda. Västra Götalandsregionen. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/SU9786-1429723585-190/SURROGATE/Hudnära%20%20vård%20av%20nyfödda.pdf>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 375-389). Studentlitteratur AB

Saxton, A., Fahy, K., Rolfe, M., Skinner, V., & Hastie, C. (2015). Does skin-to-skin contact and breastfeeding at birth affect the rate of primary postpartum hemorrhage: Results of a cohort study. *Midwifery*, 31(11), 1110–1117. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.008>

Schorn, M. N., Moore, E., Spetalnick, B. M., & Morad, A. (2015). Implementing Family-Centered Cesarean Birth. *Journal of midwifery & women's health*, 60(6), 682–690. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12400>

Shaw J. C. (2013). The medicalization of birth and midwifery as resistance. *Health care for women international*, 34(6), 522–536. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/07399332.2012.736569>

Sodeno, M., Tappis, H., Burnham, G., & Ververs, M. (2021). Associations between caesarean births and breastfeeding in the Middle East: a scoping review. *Eastern Mediterranean health journal*, 27(9), 931-940. 10.26719/emhj.21.027

Socialstyrelsen. (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal. (Artikelnummer 2015-4-10). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Tio steg som främjar amning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-10-7596.pdf>

Socialstyrelsen. (30 juni 2022). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering[SBU]. (11 Maj 2022). Bedömning av studier med kvalitativ metodik.

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Stone, S., Prater, L., & Spencer, R. (2014). Facilitating skin-to-skin contact in the operating room after cesarean birth. *Nursing for women's health*, 18(6), 486–499. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/1751-486X.12161>

*Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2016). A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery*, 37, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.015>

*Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2018). Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section. *Women and birth*, 31(6), 453–462. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.02.005>

Svenska barnmorskeförbundet. (2019). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>

Sveriges läkarförbund (SFL). (2013). Helsingforsdeklarationen. [helsingforsdeklarationen.pdf](https://www.sfl.se/helsingforsdeklarationen.pdf) (sfl.se)

Sveriges Förening för Obstetrik och Gynäkologi. (2010). Kejsarsnitt (Rapport nr 65). <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG6546953362-8e9e-4acd-bd5b-ff9f6415419d.pdf>

Södertälje sjukhus. (19 Maj 2022). Planerat kejsarsnitt. Hämtad 2022-09-08 från <https://www.sodertaljesjukhus.se/for-patienter/bb-sodertalje/Forlossning/planerat-kejsarsnitt/>

UNICEF. (Hämtad 3 oktober 2022). SKIN-TO-SKIN CONTACT.

<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>

Tran, H. T., Nippita, T., Nguyen, P., Nguyen, P., Huynh, T., Hua, O., & Roberts, C. L. (2018). Knowledge, experience and attitudes towards skin-to-skin contact following Caesarean sections among health professionals in Vietnam. *Acta paediatrica*, 107(11), 1917–1923. <https://doi.org/10.1111/apa.14519>

World Health Organization. (16 juni 2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

World Health Organization. (2022a). Breastfeeding. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

World Health Organization. (2022b). Nutrition and food safety. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

Zwedberg, S., Huss, M., Karlsson, E., & Poignant, M. (2017). Intensive care nurses' experiences of infants and partners' presence on the postoperative ward after an emergency caesarean section; An interview study. *Intensive & critical care nursing*, 41, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.008>

*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*, 31(1), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.014>

11 Bilaga 1. Sökord PUBMED

Definition av vårdpersonal utifrån syfte	Inkluderad vårdpersonal under Mesh-Termen "Health Personnel"	Fritextord
- Anestesipersonal (Läkare och sjuksköterskor) - Sjuksköterskor - Specialistsjuksköterskor - Operationspersonal - Barnmorskor - Läkare (Läkare, obstetriker, gynekolog, kirurg, pediatriker och neonatolog) - Undersköterskor	- Anestesipersonal/Anesthetists - Sjuksköterskor/Nurses - Specialistsjuksköterskor/ Nurse Specialists - Operationspersonal /Operating room technicians - Barnmorskor /Nurse Midwives - Läkare/Physicians (Läkare, kirurg, pediatriker och neonatolog) - Undersköterskor /Licensed Practical nurses	- Obstetriker / Obstetrician* - Gynekolog/ Gynecologist* - Barnmorska/ Midwife - Barnmorskor/ Midwives

12 Bilaga 2. Sökord CINAHL

Definition av vårdpersonal utifrån syfte	Inkluderad vårdpersonal under CINAHL-Heading "Health Personnel"	Fritextord
- Anestesipersonal (Läkare och sjuksköterskor) - Sjuksköterskor - Specialistsjuksköterskor - Operationspersonal - Barnmorskor - Läkare (Läkare, obstetriker, gynekolog, kirurg, pediatriker och neonatologer) - Undersköterskor	- Anestesipersonal /Anesthetists - Sjuksköterskor /Nurses - Specialistsjuksköterskor/ Nurses by speciality - Operationspersonal/Operating Room Personnel - Barnmorskor/Midwives - Läkare/Hospitalists (Läkare, kirurg, pediatriker och neonatolog) - Undersköterskor/ Nursing assistants	- Obstetriker / Obstetrician* - Gynekolog/ Gynecologist* - Barnmorska/ Midwife

13 Sökmatrix CINAHL

Bilaga 3

Databas: CINAHL 130922	Sökord (kontrollerade termer och fritext)	Antal träffar	Begränsningar (Filter, Limits, Refine)	Antal träffar efter begränsningar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa artiklar i fulltext	Inkluderade artiklar efter kvalitetsgranskning
#1	(MH"Health personnel")	49,358						
#2	"Attitude of Health Personnel" OR Healthcare professional* OR healthcare staff OR healthcare personnel OR health professional* OR obstetrician* OR gynecologist* OR midwife	411,770						
#3	#1 OR #2	420,019						
#4	Experience* OR perception* OR attitude* OR view* OR opinion*	1,061,975						
#5	(MH"Kangaroo Care")	1,587						

#6	Kangaroo care OR skin-to-skin contact OR “skin to skin” OR SSC	5,632						
#7	#5 OR #6	5,632						
#8	(MH” <i>Delivery, Obstetric</i> ”)	11,114						
#9	Birth OR <i>Cesarean section</i> OR c-section	148,616						
#10	#8 OR #9	153,612						
#11	#3 AND #4 AND #7 AND #10	130	10 år Peer reviewed Engelska	109	109	25	16	8

14 Sökmatrix PubMed

Bilaga 4

Databas: PubMed 130922	Sökord (kontrollerade termer och fritext)	Antal träffar	Begränsningar (Filter, Limits, Refine)	Antal träffar efter begränsningar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa artiklar i fulltext	Inkluderade artiklar efter kvalitetsgranskning
#1	“ <i>Health Personnel</i> ” [MeSH-term] OR Midwife OR Midwives OR obstetrician* OR gynecologist* OR “ <i>Attitude of Health Personnel</i> ” [MeSH-term] OR healthcare professional* OR healthcare staff OR healthcare personnel OR health professional*	754,249						
#2	Experience* OR perception* OR attitude* OR view* OR opinion*	2,586,418						
#3	“Kangaroo-Mother Care Method” [MeSH-term] OR Kangaroo care OR skin-to-skin contact OR “skin to skin” OR SSC	20,284						
#4	“ <i>Delivery, Obstetric</i> ” [MeSH-term] OR Birth OR	500,346						

	Cesarean section OR c-section							
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	158	10 år Engelska Svenska	134	134	32	14	9

15 Översiktstabell av inkluderade artiklar

Bilaga 5

Titel	Författare, tidskrift, land & årtal	Syfte	Urval och metod för datainsamling	Analysmetod	Resultat	Kvalitet
Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: A qualitative study	<i>Författare:</i> Nawal Abdulghani, Kristina Edvardsson & Lisa H Amir <i>Tidskrift:</i> Midwifery <i>Land:</i> Saudiarabien <i>Årtal:</i> 2020	Att identifiera vårdgivares upplevda facilitatorer, barriärer och krav för att implementera praktiken av hud-mot-hud-kontakt (SSC) omedelbart efter vaginal födsel.	20 deltagare; förlossningsläkare, barnmorskor och sjuksköterskor. Medvetet urval. En beskrivande kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	Systematisk metod för dataanalys med koder, underkategorier och kategorier.	Tidsbrist och personalbrist var faktorer som påverkade utövandet av HMH negativt. Den vanligaste barriären till HMH var otillräcklig kunskap om när HMH är lämpligt eller inte vid medicinska komplikationer. Interprofessionellt samarbete, vårdpersonalens attityd och oro för barnet påverkade också utövandet av HMH.	Medelhög
Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study	<i>Författare:</i> Amala James Alenchery, Joanne Thoppil, Carl Denis Britto, Jimena Villar de Onis, Lavina Fernandez, P. N. & Suman Rao. <i>Tidskrift:</i>	Att utforska vårdpersonalens uppfattningar av hinder, möjligheter och lösningar för främjandet av hud-mot-	41 deltagare; läkare, barnmorskor och sjuksköterskor i förlossningssalen. Medvetet urval. En fenomenologisk	Tematisk innehållsanalys med deduktiv ansats.	Personalbrist, attityd kring HMH och förändring av rutiner påverkade utövandet av HMH negativt. Läkare var ovetande om fördelarna med HMH. Vårdpersonal tenderade att separera mor och barn. Det beskrevs en oro för barnet vid	Medelhög

	PMC Pediatrics <i>Land:</i> Indien <i>Årtal:</i> 2018	hud vid födelsen.	kvalitativ studie med fokusgrupper och enskilda djupintervjuer.		HMH men en medvetenhet om de positiva effekterna med HMH.	
Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'fighting an uphill battle'	<i>Författare:</i> Sofia Zwedberg, Josefin Blomquist & Emelie Sigerstad <i>Tidskrift:</i> Midwifery <i>Land:</i> Sverige <i>Årtal:</i> 2015	Att utforska barnmorskors erfarenheter och uppfattningar av hud-mot-hud-kontakt mellan mödrar och deras friska, fullgångna spädbarn omedelbart- och under den första dagen efter kejsarsnitt.	8 barnmorskor. Medvetet urval. Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	Kvalitativ innehållsanalys med koder, underkategorier, huvudkategorier och övergripande tema.	Arbetsmiljö och personalbrist påverkade HMH negativt. Barnmorskor upplevde att HMH stör annan vårdpersonals arbetsuppgifter. Platsbrist i operationssalen och dåligt samarbete mellan professioner hindrade HMH vid kejsarsnitt. Barnmorskorna beskrev positiva upplevelser och fördelar med HMH men att modern mående påverkade utövandet.	Medelhög
Who owns the baby? a video ethnography of skin-to-skin contact after a	<i>Författare:</i> Jeni Stevens, Virginia Schmied, Elaine Burns & Hannah G. Dahlen	Att utforska hur vårdpersonalen s utövande påverkar	43 sjukvårdspersonal; barnmorskor, läkare och sjuksköterskor deltog i intervjuer och fokusgrupper.	Kvalitativ analys där data från intervjuerna, fokusgruppsdisk	Barnen upplevdes mindre stressade och mer tillfreds under HMH. HMH kan störa anestesi-personalens arbete och det finns risker för barnet med	Medelhög

caesarean section	<i>Tidskrift:</i> Women and Birth <i>Land:</i> Australien <i>Årtal:</i> 2018	underlättandet av hud-mot- hud-kontakt inom de första två timmarna efter kejsarsnitt.	21 mödrar och barn ingick i video etnografin. Medvetet urval. En kvalitativ studie med videoetnografi, fältanteckningar, observationer, fokusgrupper och enskilda intervjuer.	ussioner och videoinspelning ar fördes in i NVivo10. Kodning av datan genomfördes sedan med etnografisk teknik.	HMH.	
----------------------	---	---	--	--	------	--

Experience of perceived barriers and enablers of safe uninterrupted skin-to-skin contact during the first hour after birth in Uganda	<i>Författare:</i> Scovia Mbalinda, Anna Hjelmstedt, Eva Nissen, Beatrice Mpora Odongkara, Peter Waiswa & Kristin Svensson <i>Tidskrift:</i> Midwifery <i>Land:</i> Uganda <i>Årtal:</i> 2018	Att identifiera barriärer och faktorer som möjliggör säker och oavbruten hud-mot-hud-kontakt under den första timmen efter födseln i en resurssnål miljö, för att sedan utvärdera hur vårdpersonal klarade sig med de identifierade barriärerna efter att ett interventionsprojekt har slutförts.	Kvalitativ studie med datainsamling i två delar: Del 1: 6 fokusgruppsintervjuer med 38 vårdpersonal; barnmorskor, sjuksköterskor och läkare. 3 individuella intervjuer med barnmorskor. Del 2: fokusgruppsintervjuer med 40 vårdpersonal; sjuksköterskor, barnmorskor och 3 oidentifierade yrkeskategorier.	Tematisk analys med teman och underteman.	Innan implementeringen hade personalen en uppfattning om att HMH endast passade i höginkomstländer och att otillräcklig kunskap hos både personal och föräldrar samt bristande rutiner och attityd i personalen utgjorde ett hinder. Efter implementeringen uttryckte vårdpersonalen en enkelhet i att utöva HMH, att ökad kunskap ökade motivationen för HMH samt att de upplevde många positiva effekter för både mor och barn med HMH.	Medelhög
The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study	<i>Författare:</i> Hannakaisa Niela-Vilen, Anna Axelin & Renée Flacking <i>Tidskrift:</i> Midwifery	Att utforska barnmorskors och föräldrars uppfattningar och handlingar samt kulturen	35 barnmorskor deltog i observationer, individuella intervjuer och fokusgrupper. 43 mödrar och fäder deltog i observationer och intervjuer.	Tematisk innehållsanalys i tre steg. NVivo version 11 användes för analys av datan.	Personalen uttryckte att avtorkning innan HMH var viktigt men inget som fördröjde HMH utan gav modern en chans för sig själv någon minut. Barnmorskorna	Medelhög

	<i>Land:</i> Finland <i>Årtal:</i> 2020	kring den första timmen efter ett barns födelse - "The golden hour".	Medvetet urval. Korttidsetnografisk studie.		uttryckte vikten av HMH för etablering av amning.	
A juxtaposition of birth and surgery: providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery	<i>Författare:</i> Jeni Stevens, Virginia Schmied, Elaine Burns & Hannah Dahlen <i>Tidskrift:</i> Midwifery <i>Land:</i> Australien <i>Årtal:</i> 2016	Att belysa möjligheterna och barriärerna av att ge möjlighet till hud-mot-hud kontakt i operationssalen och på uppvaket.	13 vårdpersonal; barnmorskor, sjuksköterskor och läkare deltog i individuella intervjuer. 30 vårdpersonal; barnmorskor, sjuksköterskor, läkare deltog i fokusgrupper. 61 kvinnor och stödpersoner ingick i observationer och inspelningar. 210 vårdpersonal ingick i observationer inspelningar. Medvetet urval. Etnografisk studie med videoinspelningar, observationer, fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer.	Kvalitativ analys. Data från intervjuerna, fokusgruppsdiskussioner och videoinspelningar fördes in i NVivo10. Kodning av datan genomfördes sedan med etnografisk teknik.	HMH var det rätta och biologiska att göra samt viktigt i en teknisk miljö. Önskan om en god kommunikation, en god ton och planering vid kejsarsnitt kunde främja HMH, samtidigt som den fysiska miljön i operationssalen kunde upplevas som en barriär. HMH ansågs som tidskrävande och kunde hindra vårdpersonalen från att fokusera. Kunskapslucka upplevdes hos personal och föräldrar samt att HMH kunde ses som en säkerhetsrisk. HMH minskade arbetsbördan och mödra-assisterat kejsarsnitt var främjande för tidig HMH.	Medelhög

Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses	<i>Författare:</i> Jessica Strube Holztrattner, Helga Geremias Gouveia, Marianna Goes Moares, Franciela Delazeri Carlotto & Bruna Euzebio Klein <i>Tidskrift:</i> Revista Gaúcha de Enfermagem <i>Land:</i> Brasilien <i>Årtal:</i> 2021	Att förstå sjuksköterskors uppfattning av tidig hud-mot-hud-kontakt.	8 sjuksköterskor. Urval genom lottning av sjuksköterskor på kliniken. Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	Tematisk innehållsanalys.	Vårdpersonalen upplevde det särskilt svårt att utöva HMH vid kejsarsnitt på grund av tidsbrist och personalbrist. Kollegor, policys och rutiner främjade HMH. HMH störde annan vårdpersonals arbete och temperaturen i operationssalen var en barriär. Läkare värdesatte inte den första timmen efter födseln. Man såg främjande faktorer för barnet med HMH och kunskap och utbildning främjade HMH. Moderns fysiska tillstånd kunde hindra HMH.	Medelhög
--	--	--	--	---------------------------	---	----------

Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives	<i>Författare:</i> Koopman Inez, Callaghan-Koru Jennifer A, Alaofin Oluwatope, Argani Cynthia H & Farzin Azadeh <i>Tidskrift:</i> Journal of clinical nursing <i>Land:</i> USA <i>Årtal:</i> 2016	Få insikt i vårdpersonalens perspektiv på nyckelfaktorer som påverkar oavbruten tidig hud-mot-hud-kontakt efter vaginal förlossning och kejsarsnitt av friska fullgångna spädbarn.	11 vårdpersonal; 5 sjuksköterskor och 1 läkare från obstetrik/gynekologi-avdelningen samt 4 sjuksköterskor och 1 läkare från neonatala intensiv. Medvetet urval på kliniken. Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analys med koder, underteman och teman.	Vid vaginal förlossning upplevde personalen att HMH ej var prioriterat på grund av personalbrist och svårigheter att ändra rutiner till ett arbete med HMH samt att det behövdes mer utbildning om HMH. Vid kejsarsnitt upplevdes HMH som svårare än vid vaginal förlossning. Personal- och tidsbrist samt brist på utrymme sågs som barriärer. HMH kunde vara ett störningsmoment för personalen. Vid både kejsarsnitt och vaginal förlossning sågs risker för barnet samt moderns vilja och attityd kring HMH som eventuella barriärer.	Medelhög
--	---	--	---	--	---	----------

Measuring health professionals' beliefs about skin-to-skin care during a cesarean	<i>Författare:</i> Jeanette T. Crenshaw, Ellise D. Adams, Richard E. Glider & Hannah G. Nolte <i>Tidskrift:</i> Maternal & Child nutrition <i>Land:</i> USA <i>Årtal:</i> 2021	3-delat syfte: 1. Att utveckla ett instrument. 2. Fastställa dess giltighet och tillförlitlighet. 3. Beskriva vårdpersonalens uppfattningar om HMH efter kejsarsnitt utifrån instrumentet.	274 vårdpersonal; barnmorskor, sjuksköterskor och läkare. Medvetet urval. Mixad Metod. Teoretiskt ramverk: Theory of planned behaviour (TPB). Enkät med kvantitativa och kvalitativa frågor.	Narrativ innehållsanalys av den kvalitativa datan.	Vårdpersonalen var orolig att HMH under kejsarsnitt skulle störa bedömningen av barnet och placering av utrustning kunde hindra säker HMH samt vara ett problem i akuta situationer. HMH främjade moderns välmående men vissa mödrar ville inte ha HMH. HMH kunde vara en risk för barnet.	Medelhög
---	--	---	---	---	---	----------