



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

BARNMORSKANS KONTINUERLIGA NÄRVARO PÅ EN FÖRLOSSNINGSAVDELNING

En systematisk litteraturöversikt

Kristina Griffiths Emma Landén

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Marie Berg

Titel svensk:	Förlossningsbarnmorskan och den kontinuerliga närvaron
Titel engelsk:	The midwives' continuous presence in a labour ward.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	barnmorska, förlossning, kontinuerlig närvaro, sjukhus, upplevelse

Sammanfattning

Bakgrund: Den traditionella barnmorskans roll är att närvara med kvinnan under förlossningen. När barnmorskan är närvarande skapas ett lugn och en trygg miljö där förlossningshormonet oxytocin produceras. Kontinuerlig närvaro där ett stöd ges handlar om att följa kvinnan genom förlossningsprocessen och att skydda henne mot faktorer som kan störa förloppet.

Syfte: Genom en systematisk litteraturoversikt undersöka barnmorskors upplevelse av att vara kontinuerligt närvarande hos den födande kvinnan på en förlossningsavdelning.

Metod: Systematisk litteraturoversikt där inklusionskriteriet var barnmorskor på förlossningsavdelning och exklusionskriterier hemförlossning, caseload midwifery eller motsvarande modell. Kvalitetsgranskning utfördes och totalt inkluderades sex kvalitativa artiklar. De valda artiklarnas resultat analyserades och sammanställdes avseende innehåll.

Resultat: Två huvudteman framkom om barnmorskornas beskrivningar av upplevelsen av kontinuerlig närvaro under förlossningen. Huvudtemat *Faktorer som påverkar kontinuerlig närvaro* bestod av underteman *Angelägenheten av att lära känna varandra*, *Betydelsen av barnmorskans kunskap och personlighet*, *Organisationens inverkan*. Det andra huvudtemat *Den kontinuerliga närvaron som stöd för kvinnan* bestod av underteman *Hjälp att guida genom förlossningen*, *Närvaro som hjälp att stärka*.

Slutsats: Att få tid till det första mötet och till den fortsatta närvaron var betydelsefullt för uppbyggnad av en relation. Den kontinuerliga närvarons effekt frambringade positiva känslor hos barnmorskan. Förlossningsvårdens organisation var ibland ett hinder. Genom sin närvaro erhöll barnmorskan kunskap och förståelse för vilket stöd kvinnan behövde för att vägledas och hitta sin inre styrka för att föda sitt barn. Studien genererade en ökad förståelse för vikten av kontinuerlig närvaro som kan ge personal på förlossningsavdelningar ökad kunskap om närvarons betydelse för kvinnan och barnmorskan.

Nyckelord: barnmorska, förlossning, kontinuerlig närvaro, sjukhus, upplevelse.

Abstract

Background: The traditional midwife's role is to be continuously present with the woman during labour. When the midwife is present a calm and safe place develop where the labour inducing hormone Oxytocin is produced. Continuous presence where support is given includes following the woman through the childbirthing process and to protect her from factors that can disturb this process.

Aim: With a systematic literature review explore how midwives express the experience of being continuous present with the laboring woman on a labour ward

Method: Systematic literature review with the inclusion criteria, midwives working in a labour ward and the exclusion criteria, homebirth, caseload midwifery or a similar model. Quality control was performed and a total of six qualitative articles results was extracted, analysed and compiled in regard to the contents.

Results: Two head themes emerged how midwives' express their experience of being continuously present during labour. Main theme *Factors that affect continuous presence* with subthemes: *The concerns to get to know each other*, *The importance of the midwife's knowledge and personality*, *The organisations impact*. The second main theme *The continuous presence as support for the labouring woman* with subthemes *Help and guide through the labour process*, *Presence as support to strengthen*.

Conclusion: To be allowed time for the first meeting and for the continuation of presence was important for the formation of a relationship. The continuous presence effects brought forward positive feelings for the midwife. The organisation of the labour ward was sometimes a hindrance. Through their continued presence the midwife gained knowledge and could understand how to guide the woman through the process of labour and help her find her inner strength to give birth to her child. The study generated increased understanding for the importance of continuous presence that can give staff in a labour ward higher knowledge of the continuous presence significans for the woman and midwife.

Keywords: midwife, labour, continuous presence, hospital, experience

Förord

Tack till alla nära och kära som uppmuntrat och peppat oss under dessa veckor. Ett extra stort tack till vår handledare Viola Nyman som har stöttat och kommit med råd längs vägen.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Den traditionella barnmorskan	1
Den kontinuerliga närvarons betydelse för frisättning av oxytocin	2
Stödet som en del i kontinuerlig närvaro under förlossningen	3
Betydelsen av kontinuerlig närvaro under förlossningen	4
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Datainsamling	8
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	13
Faktorer som påverkar kontinuerlig närvaro	14
Angelägenheten av att lära känna varandra	14
Betydelsen av barnmorskans kunskap och personlighet	15
Organisationens inverkan	16
Den kontinuerliga närvaron som stöd för kvinnan	16
Hjälp att guida genom förlossningen	16
Närvaro som hjälp att stärka	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats	24
Implikationer och förslag till fortsatt forskning	25
Referenslista	26
Bilagor	30
Bilaga 1 Prisma flödesdiagram	30

Bilaga 2 Resultattabeller	31
Bilaga 3 Exkluderade artiklar	35
Bilaga 4 Kvalitetsgranskningsmall	37

Inledning

“Varje gång du öppnar dörren till ett förlossningsrum, minskar oxytocinflödet hos kvinnan” M. Falk (Personlig kommunikation, 12 april 2019). Dessa ord fick vi höra under utbildningen till barnmorska angående betydelsen av att stanna kvar inne hos den födande kvinnan. Förlossningen kunde bli störd om vi hela tiden var på språng. Vi förstod tidigt att barnmorskan hade en ansvarsfull roll när det handlade om att ge stöd och att vara närvarande med kvinnan under förlossningen. Stödet har varit i fokus och funnits med som en röd tråd under barnmorskeutbildningen. I barnmorskans kompetensområde ingår att bistå kvinnan under förlossningen, vilket förutsätter en närvarande barnmorska. Detta väckte ett intresse hos oss att ta reda på mer om värdet av den mentala och fysiska kontinuerliga närvaron som vi menar innebär att barnmorskan är helt och hållet där för kvinnan. Närvaron kan ses som en förutsättning för att kunna ge kvinnan stöd när hon föder sitt barn.

Bakgrund

Den traditionella barnmorskan

“Föreställ dig att du är barnmorska; du hjälper till när någon föds. Ge god hjälp utan att briljera eller göra väsen av det. Underlätta det som sker istället för det du tycker borde ske. Om du måste ta ledningen, gör du det på ett sådant sätt att modern får hjälp men fortfarande är fri och den som bestämmer. När barnet är fött kommer modern att säga och det med rätta; vi gjorde det själva!”

La Tzus Tao Te Ching, 2500 f.kr (Lundgren, 2010, s.17).

Betydelsen av en kontinuerligt närvarande barnmorska beskrivs redan tidigt i historien. Lundgren (2010) belyser hur den traditionella barnmorskan använde sig av vishet och erfarenhetsbaserad kunskap när hon bistod vid förlossningarna. Jordmodern skulle övervaka, ge stöd och massage till kvinnan som födde sitt barn. Till det rummet hade endast kvinnorna tillträde (Höjeberg, 2009). Till hjälp fanns så kallade ”hjälpkvinnor” som skulle utöva ett stöd och få kvinnan lugn. Under 1600-talet blev läkarna involverade och medicinsk vetenskap tog över i förlossningsrummet (Lundgren, 2010). När Collegium Medicum bildades år 1663 skulle läkarna ha uppsikt över barnmorskornas arbete (Höjeberg, 2009). I Frankrike beskrev Louyse Bourgeois (1564-1636) betydelsen av att barnmorskan utgick från den födande kvinnans berättelse (Lundgren, 2010). Hon var barnmorska och ansåg att naturen klarade upp de flesta förlossningar bara det gavs tid och att alla kvinnor var olika och varje förlossning unik (Höjeberg, 2011). Hennes teori var att skapa en relation full av tillit genom att lyssna till och observera kvinnan. Hon talade också om betydelsen av medkänsla, öppenhet, flexibilitet samt att inte lämna den födande ensam. Allmänna BB i Stockholm öppnade år 1775 och innebar en hospitalisering av förlossningsvården och de flesta kvinnorna valde att föda sitt barn där. Det var staden först med i världen (Lundgren, 2010). I samband med förflyttningen

till sjukhuset sjönk dödligheten bland mödrar och barn då det utfördes riskbedömning och övervakning av förlossningen i högre grad (Höjeberg, 2009). Det medicinska perspektivet tog över då det värderades högre. Barnmorskans kunskapsområde kom att handla om den normala förlossningen som präglades av "tyst kunskap" som inte skrevs ned utan förmedlades vidare från person till person (Lundgren, 2010). Barnmorskans "tysta kunskap" innefattade en förståelse för det som Hammond, Foureur, Homer & Davis (2013) beskriver, att oxytocin frisätts av att barnmorskan har byggt upp en tillit, är öppen och empatisk.

Den kontinuerliga närvarons betydelse för frisättning av oxytocin

När kvinnan som föder sitt barn känner sig trygg och har en närvarande person hos sig stimuleras frisättningen av oxytocin (Uvnäs Moberg, 2019). För att få förlossningen att starta och fortsätta, att få livmoderssammandragning, spelar detta kroppsegna hormonet en betydande roll (Lindgren & Wiklund, 2016). Evolutionärt kan kvinnan endast föda när hon var i trygghet då oxytocinet flödade fritt. Om hon kände sig hotad eller var i en okänd miljö produceras inte oxytocin (Uvnäs Moberg, 2019). Platsen för födandet är centralt, där en lugn och varm fysisk miljö präglad av vänskap och stöd främjar frisättning av hormonet (Hammond m.fl., 2013). Oxytocinproduktionen stimuleras av stöd, beröring och värme samt att kvinnan är lugn och utan rädsla. Stimulering av hormonet oxytocin minskar upplevelsen av ångest, stress och smärta (Uvnäs Moberg, 2019). Således är den kontinuerliga närvaron en bidragande faktor till oxytocinfrisättningen och mekanismen behöver förstås. Under förlossningen bildas oxytocin när barnets huvud pressas mot livmoderhalsen och vaginas övre del, detta genom att signaler skickas till hypotalamus som startar produktionen. Fergusons reflex innebär att en ökad nivå av oxytocin i blodet ger ökade kontraktioner. Det i sin tur leder barnet nedåt i förlossningskanalen där trycket mot livmoderhalsen stimulerar till ökad oxytocinproduktion och på detta sätt leds förlossningen framåt (Uvnäs Moberg, 2019). I en systematisk litteraturoversikt av Uvnäs Moberg m.fl. (2019) sågs att under graviditeten ökade nivåerna av oxytocin tre till fyra gånger från sin normala nivå. Från slutet av graviditeten till förlossningen startar kommer pulsationer av oxytocin med ett långt och oregelbundet intervall. Ju längre förlossningen fortskrider desto mer regelbundet kommer pulsationerna och de blir kraftigare för att i slutet av förlossningen handla om tre pulsationer på tio minuter.

Närvaron av oxytocin ökar aktiviteten av det parasympatiska systemet och minskar effekten av det sympatiska systemet, som aktiverar stresshormoner. Dessa minskar effekten av lugn och ro hormonet oxytocin. Ett alltför aktiverat sympatiskt nervsystem under en förlossning kan leda till långa och smärtsamma kontraktioner. Likaså får livmoder och moderkaka ett minskat blodflöde och livmoderhalsens muskler får svårt att slappna av (Uvnäs Moberg, 2019). Hammond m.fl. (2013) beskriver att stresshormoner bildas när miljön präglas av stress, hot eller är krävande, detta leder till en "fight or flight" reaktion. Uvnäs Moberg (2019) förklarar att ett stort stresspåslag ger ett adrenalinpåslag vilket kan medföra att förlossningsprogressen upphör. Hon beskriver vidare att om miljön upplevs stressande, hotande eller obekant eller att kvinnan är rädd och mycket smärtpåverkad kan utsöndringen av oxytocin minska.

Stödet som en del i kontinuerlig närvaro under förlossningen

Den kontinuerliga närvaron där barnmorskan ger ett stöd är av större betydelse ju längre fram i förlossningsförloppet kvinnan är. Det är även en av de mest betydelsefulla faktorerna för kvinnans upplevelse av förlossningen (Lundgren, 2009). "Midwife" betyder "med kvinna" och är engelskans ord för barnmorska (Berg, 2010). I mötet med kvinnan är det av betydelse att barnmorskan är närvarande. Det kan förmå kvinnan att hitta styrka och förstå sin kropp så att hon lättare kan möta smärtan under förlossningen. Närvaron eller stödet handlar om att förstå vad kvinnan går igenom utifrån de uttryck hon ger (Lundgren, 2010). Att ge stöd kan utgöras av ett emotionellt stöd, att personen förklarar och ger vägledning, ett fysiskt stöd eller ett bejakande stöd (Berg, 2010).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) beskrivs att barnmorskans kompetensområde är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Barnmorskan följer kvinnan från pubertet till klimakterium. Barnmorskans arbetsområde avseende den reproduktiva hälsan innefattar kunskap om den normala och den komplicerade graviditeten och förlossningen, kunskap om det nyfödda barnet och kunskaper i amning och föräldraskapet. Barnmorskan handlägger självständigt den normala graviditeten, förlossningen och vården under postpartumperioden (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Socialstyrelsen (2001) betonar betydelsen av kontinuerlig närvaro under förlossningen där stöd, tröst och uppmuntran ges. De preciserar vidare hur kvinnan som föder barn skall ha möjlighet till stöd av barnmorska eller annan stödperson, utöver sin partner när hon är i aktiv förlossning och strävan efter en positiv förlossningsupplevelse betonas. För att tillgodose detta rekommenderas att enheterna ser över sina rutiner och vidareutbildar personal i hur stöd kan ges. Målet är att barnmorskan skall vara kontinuerligt närvarande i förlossningsrummet under det aktiva värkarbetet (Socialstyrelsen, 2001). Att få ett kontinuerligt stöd under förlossningen har också betydelsen för en positiv förlossningsupplevelse (WHO, 2018). I den internationella etiska koden för barnmorskor förklaras betydelsen av att barnmorskan utvecklar ett partnerskap med kvinnan som inbegriper rätten till självbestämmande där vården är kontinuerlig och respektfull mot varje individ (ICM, 2014), således definieras betydelsen av en kontinuerlig närvaro. Enligt statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) definition handlar kontinuerligt stöd under förlossningen om att vara närvarande, ge uppmuntran och trösta för att skapa välbefinnande i fråga om känslor. Det handlar också om de fysiska behoven, genom att beröra, massera och erbjuda vätska, göra det bekvämt för kvinnan samt att hon kan få hjälp att framföra de önskemål och åsikter hon har till personalen (SBU, 2013).

Kontinuerligt stöd under förlossningen visade sig i en systematisk översikt av Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cutberth (2017) öka andelen normala förlossningar där förekomsten av instrumentella förlossningar minskade när en jämförelse mellan normal förlossningsvård och en vård med ett kontinuerligt stöd utfördes. I denna studie inkluderades 27 randomiserade kontrollerade studier (RCT) från sjutton olika länder med 15,858 kvinnor. Det kontinuerliga stödet kunde utgöras av en barnmorska, en doula, partner eller en annan person vald av kvinnan. Ett kontinuerligt stöd gav också ett kortare förlossningsförlopp, minskat behov av medicinsk smärtlindring och en positivare förlossningsupplevelse. De nyfödda barnen hade även bättre Apgar

poäng vid fem minuter. Att få kontinuerligt stöd under förlossningen gav inga negativa effekter (Bohren m.fl., 2017).

Betydelsen av kontinuerlig närvaro under förlossningen

Lindgren & Wiklund (2016) beskriver att barnmorskans kontinuerliga närvaro under förlossningen är av betydelse och skall eftersträvas för att kunna stötta kvinnan i förlossningsarbetet och för att avgöra om medicinska avvikelser inträffar. När barnmorskan är närvarande och kan reagera på avvikelser ger det en trygghet för den födande kvinnan. Lundgren (2009) förklarar begreppet ”Sitting over” som är ett isländskt uttryck som handlar om barnmorskans närvaro. Det handlar om värdet av att lära känna den födande, att tro på och att känna att det är tryggt och säkert i förlossningsrummet. Är det inte möjligt att närvara så kan omvänt kontakten mellan barnmorskan och den födande kvinnan försvinna och det blir svårt att ge stöd under förlossningen. Exempelvis ges mer medicinsk smärtlindring och barnmorskan är inte på rummet, även om det finns tid. När möjligheten att vara närvarande brister leder det även till att barnmorskan förlorar en del av sina kunskaper i barnmorskeri (Lundgren, 2009).

Vikten av den kontinuerliga närvaron lyfts i en svensk studie av Lundgren & Dahlberg (2002) där nio barnmorskor genom intervjuer beskrev upplevelsen av mötet med kvinnan och hennes förlossningssmärta. I resultatet framkom betydelsen av att vara som en ”förankrad följeslagare” till kvinnan där barnmorskan redan vid första mötet visade att hon var där enbart för kvinnan och att tid fanns. Barnmorskan följde sedan kvinnan genom förloppet där en ömsesidig tillit och förtroende underlättade. Kvinnan bjöds in i att vara delaktig i sin förlossning där barnmorskan gav stöd och guidning men också kunde gripa in om hon ansåg att kvinnan var på väg att passera kapaciteten för vad hon klarade av.

Den kontinuerliga närvarons betydande roll för att främja en normal förlossning beskrivs av Butler (2017), där fjorton barnmorskor använde sig av detta som en strategi för att främja en normal förlossning. Det beskrevs även att barnmorskorna ansåg det meningsfullt att värna om den fysiska och sociala miljön runt kvinnan som präglades av lugn och tystnad. Att värna om hennes privata sfär innebar att stå vakt för att skydda henne mot omgivningens påverkan och mot annan personal som ville ingripa och om betydelsen av att inte vara för mycket personal på rummet, således sågs den kontinuerliga närvaron skydda kvinnan. Betydelsen av att skydda kvinnan beskrivs också i en studie av Blix (2011) där tolv barnmorskor som arbetade med hemförlossning intervjuades. Där framkom att om kvinnan blev störd påverkades hennes koncentration på förlossningsarbetet. Detta kunde ge ett längre förlossningsförlopp då värkarna inte var effektiva. Exempel på sådana moment var att anhöriga talade för mycket, skrämde upp kvinnan med sin egen oro eller fotograferade i stor utsträckning. Störningsmoment från barnmorskans sida kunde vara vaginala undersökningar eller avlyssning av fosterljuden.

Utifrån den födande kvinnans perspektiv beskrivs närvaro, framförallt av en och samma barnmorska vara en viktig faktor för att kvinnan skall känna säkerhet och trygghet. Detta beskrivs

i en norsk studie av Dahlberg m.fl. (2016) där tolv förstföderskor som hade upplevt en normal och positiv förlossning intervjuades fem till sex veckor post partum i avseende att ta reda på hur barnmorskan kunde främja ett normalt förlossningsförlopp och en positiv upplevelse. De ansåg att en kontinuerligt närvarande barnmorska var meningsfullt för att deras önskemål skulle bli tillgodosedda. Att barnmorskan hade en positiv framtoning, var vänlig, stöttande och lugn gjorde att den födande kvinnan kände större tillit. De betonade även kemin mellan barnmorskan och den födande kvinnan som extra betydelsefull. När barnmorskan ingav förtroende minskade oro och stress. Stöd och uppmuntran medförde också att kvinnan litade till sin egen förmåga och minskade behovet av medicinsk smärtlindring vilket utmynnade i en positiv förlossningsupplevelse.

En studie från Storbritannien beskriver att barnmorskor och barnmorskestudenter som kunde arbeta med kvinnan, alltså vara kontinuerligt närvarande under förlossningen upplevde en större känslomässig tillfredsställelse med sitt arbete. Omvänt när denna möjlighet inte fanns gav det en känsla av frustration, oro och ångest (Hunter, 2003). Vidare beskrivs i en Australiensk studie där tio barnmorskor som arbetade i en modell där de följt kvinnan under graviditeten och som tidigt haft möjlighet att bygga upp en relation med henne fick en ökad kunskap om kvinnan de vårdade. Denna kunskap kom till nytta när de var kontinuerligt närvarande med kvinnan under förlossningen. Kunskapen om och relationen med kvinnan utvecklade deras intuitiva vårdande då de under förlossningen kunde förstå kvinnans behov. Det beskrevs också i denna studie att en förutsättning för att arbeta ”med kvinnan”, alltså vara kontinuerligt närvarande var att barnmorskan och kvinnan hade en förtroendefull relation. Det betonades också hur den kontinuerliga närvaron ibland gjorde barnmorskan uttömd på energi samtidigt som det också genererade positiva känslor. De definierade den kontinuerliga närvaron som en del av barnmorskeri. Mer specifikt specificerades det som att arbetet inte kunde utföras på något annat sätt än genom att vara kontinuerligt närvarande med kvinnan under förlossningen (Bradfield, Hauck, Kelly & Duggan, 2019)

Teoretisk referensram

Socialstyrelsen (2001) betonar vikten av kontinuerlig närvaro under förlossningen där stöd, tröst och uppmuntran ska ges. Barnmorskans arbete på en förlossningsavdelning avser att främja reproduktiv hälsa där kontinuerlig närvaro bidrar till en positiv förlossningsupplevelse.

MiMo är en modell för kvinnocentrerad förlossningsvård som utgår från att den födande kvinnan skall vara i fokus (Berg, Asta Ólafsdóttir & Lundgren, 2012). I modellen beskrivs fem teman för att förklara teorin (Figur 1). Barnmorskans kontinuerliga närvaro har en tydlig koppling till modellens tre centrala teman som beskrivs nedan; en ömsesidig relation, en förlossningsfrämjande miljö och en grundad kunskap som alla förutsätter en närvarande barnmorska. Utöver dessa beskrivs modellens två övriga teman; kulturellt sammanhang och balanserande akt för att få en helhetsförståelse för modellen.

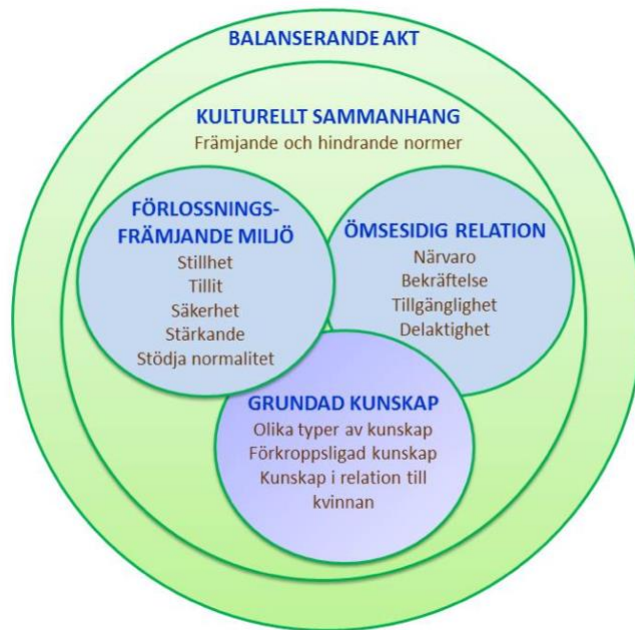
En ömsesidig relation handlar om att lära känna kvinnan och hennes partner för att förstå behoven. Att vara närvarande fysiskt och mentalt är en förutsättning för att kunna stötta och guida kvinnan genom förlossningsförloppet. Kvinnan behöver också vara närvarande i sin kropp för att få kraft att föda fram sitt barn. Bekräftelse innebär att kvinnan blir sedd och stärks i att hon kan föda, vilket förutsätter en närvarande barnmorska. Genom att vara förankrad med barnmorskan kan hon ta ansvaret och föda fram sitt barn. Barnmorskan behöver vara tillgänglig och utifrån den unika kvinnan hon har framför sig anpassa sitt stöd. Delaktighet handlar om att kommunikation skall ske fortlöpande under förlossningen så att kvinnan känner sig delaktig och får göra egna val där besluten kan tas tillsammans. Om det brister kan det ge en känsla av att kvinnan inte själv har fött sitt barn.

En förlossningsfrämjande miljö skall skapa en känsla av att kvinnan känner sig hemma i rummet, att hon är avslappnad och helt närvarande. Stillhet handlar om att skapa en rofylld miljö och att kvinnan får ta plats i rummet. Tillit består i att skapa en förtroendefull relation där barnmorskan samarbetar med den födande. Omgivningen runt omkring kvinnan skall vara säker både fysiskt och emotionellt. När kvinnan känner sig säker skapas en kontroll över situationen och känslan av säkerhet blir ömsesidig mellan kvinnan och barnmorskan. Den stärkande aspekten består i att kvinnan tar kontroll över sin situation genom att barnmorskan stöttar och guidar genom förloppet. Stödja normalitet handlar om att främja och inte störa den normala förlossningsprocessen. Fokus skall ligga på kvinnan och barnmorskan skall använda sin intuitiva färdighet, stanna kvar och följa kvinnan genom förloppet och hela tiden läsa av henne.

Grundad kunskap består av att det finns olika typer av kunskap, den teoretiska och den erfarenhetsbaserade. I kunskap relaterat till den individuella födande kvinnan kan barnmorskan genom den ömsesidiga relationen och interaktionen få fram kunskap om kvinnan. Det förutsätter dock att barnmorskan är mottaglig och lyhörd för varje kvinnas behov. Förkroppsligad kunskap sitter i handlaget, kroppen vet hur en handling eller åtgärd skall utföras, känslan sitter i kroppen där barnmorskan använder sina sinnen.

Kulturellt sammanhang handlar om hur förlossningsvården är utformad. Vad hindrar och vad främjar vården där kvinnan skall stå i fokus. På sjukhus kan det exempelvis handla om att kvinnan har mer än en födande som hon vårdar samtidigt.

Balanserande akt beskriver balansen mellan det naturliga förlossningsförloppet och det medicintekniska. Det handlar om vilka åtgärder barnmorskan behöver utföra för att behålla en kvinnocentrerad vård där det finns en balans likt en vågskål mellan det medicintekniska och att värna om det normala förloppet (Berg m.fl., 2012).



Figur 1. MiMo-Midwifery model of woman-centered childbirth care, hämtad från: <https://mimocare.wordpress.com/om/>

Problemformulering

I historien beskrivs hur den traditionella barnmorskan var kontinuerligt närvarande med den födande kvinnan och genom närvaron gav stöd. Närvaro är också en viktig byggsten för att skapa en lugn och trygg miljö där hormonet oxytocin produceras som leder förlossningen framåt. Den kontinuerliga närvaron ger barnmorskan möjlighet att stödja kvinnan genom förlossningen. Stödet ses öka andelen normala förlossningar, minska behovet av smärtlindring samt ge ett kortare förlossningsförlopp. Den kontinuerliga närvaron beskrivs underlätta för barnmorskan att följa kvinnan genom förlossningen, främja en normal förlossning men också skapa en miljö där kvinnan skyddas mot störande faktorer. Utifrån kvinnans perspektiv är kontinuerlig närvaro betydelsefullt för att skapa en känsla av trygghet och säkerhet.

Vad som inte är lika tydligt beskrivet i tidigare forskning och litteratur är barnmorskors upplevelser av att vara kontinuerligt närvarande hos den födande kvinnan. Genom att belysa den kontinuerliga närvaron utifrån ett barnmorskeperspektiv har vi förhoppningar om att komma fram till en ökad förståelse för vad en kontinuerlig närvaro innebär och hur det kan främja en optimal arbetsmiljö för barnmorskor.

Syfte

Genom en systematisk litteraturoversikt undersöka barnmorskors upplevelse av att vara kontinuerligt närvarande hos den födande kvinnan på en förlossningsavdelning.

Metod

Design

För att besvara syftet valdes en systematisk litteraturoversikt som har till uppgift att sammanställa tidigare publicerad forskning inom en viss frågeställning (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Metoden syftar till att välja ut forskning med hög kvalitet som svarar på frågeställningen genom att identifiera, sortera ut, värdera och syntetisera data. Enligt SBU (2017) skall olika riktlinjer följas vilket ska minska risken för slump- eller systematiska fel. Bettany-Saltikov & McSherry (2016) menar att det finns en risk att inte all forskning inkluderas om sökningen inte är tillräckligt omfattande. SBU (2017) förklarar att när den vetenskapliga litteraturen granskas skall ett systematiskt sätt tillämpas för sökning, urval och kvalitetsgranskning.

Datainsamling

Vid en systematisk litteraturoversikt skall forskningsfrågan vara öppen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). När forskningsfrågan var definierad valdes PEO modellen som enligt Bettany – Saltikov & McSherry (2016) är den vanligaste modellen när kärnbegrepp i kvalitativ forskning skall identifieras. Artiklar skrivna på engelska skulle inkluderas således översattes sökorden till detta språk. I PEO modellen står enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016) **P** för den population som undersöks, alltså barnmorskor på en förlossningsavdelning. **E** handlar om exponering som används, i detta fall kontinuerlig närvaro. **O** står för utfallet och översätts med upplevelsen av att vara kontinuerligt närvarande.

P (Population)	Barnmorskor på en förlossningsavdelning
E (Exposure)	Kontinuerlig närvaro
O (Outcome)	Upplevelsen

Figur 2. PEO

PEO (figur 2) användes som utgångspunkt och sökord för förlossning lades till. I enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016) användes olika kombinationer av sökord och booleska termer såsom OR och AND tillämpades för att utvidga, respektive försnäva sökningen.

Urvalskriterier i form av inklusions- och exklusionskriterier skall enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016) specificeras innan en systematisk litteraturoversikt påbörjas. *Inklusionskriterierna* var kvalitativa intervjustudier, som var expertgranskade och skrivna på engelska. Det skulle handla om barnmorskor verksamma på en förlossningsenhet. *Exklusionskriterier* var barnmorskor som arbetade med förlossningar i hemmet, "caseload midwifery" eller motsvarande modell, samt studier från utvecklingsländer. Anledningen till dessa val var en bättre applicerbarhet till svensk kontext. Ingen avgränsning för antalet år tillämpades då det förväntades att antalet studier inom detta område var begränsat. Studierna skulle vara etiskt godkända.

För att samtliga studier gjorda inom ämnesvalet skulle framkomma är det enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016) av betydelse att litteratursökningen görs i flera olika källor. Systematiska sökningar utfördes i databaser och de valda artiklarnas referenslistor granskades för att finna ytterligare relevanta studier. Genom att hitta och värdera alla relevanta studier minskas, i enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016) risken för bias. Systematisk sökning med fritexttermer utfördes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO för att få bredd i sökningen. Sökning genom ämnesord benämnt MeSH termer och CINAHL headings valdes bort då endast sökordet barnmorska hade relevant ämnesord. Ämnesord för kontinuerlig närvaro och upplevelse fanns ej. Sökordet continuous presence gav få träffar varför det valdes nya sökord som förväntades erbjuda artiklar inom forskningsfältet. Sökning i CINAHL utfördes via behörighet genom Västra Götalandsregionen då det mynnade ut i fler träffar, övriga sökningar användes behörighet via Göteborgs Universitet. Samtliga artiklars rubriker granskades och där studien verkade relevant granskades abstract. Om sammanfattningen uppvisade en relevant artikel lästes denna i fulltext i enlighet med SBU rekommendation (2017). Detta utfördes individuellt och därefter gemensamt för att jämföra bedömningarna av inklusion och exklusion av artiklarna och om de svarade mot syftet. I takt med att artiklarna genomlästes framkom nya relevanta sökord omnämnda som "nyckelord". Nya systematiska sökningar utfördes därefter. Bettany-Saltikov & McSherry (2016) beskriver det som att hitta synonymer till de tidigare sökorden. Efter att artiklarnas referenslistor var granskade hittades ytterligare en artikel som därefter söktes manuellt via Google Scholar. Sökningarna redovisas i tabell 1. En större blocksökning i samtliga databaser utfördes även med sökorden som tidigare genererat flest träffar; "continuous support" OR "one to one care" OR "with woman" AND childbirth OR labour OR labor OR birth AND midwife experience. Sökningen syftade till att säkerställa att samtliga relevanta artiklar hittades. Denna sökning gav inga nya träffar, endast färre artiklar jämfört med tidigare sökningar. Totalt lästes 26 artiklar i fulltext. Sjutton exkluderas då de inte svarade upp till syftet eller inte föll inom inklusionskriterierna och nio artiklar gick således vidare till kvalitetsgranskning. Två av de exkluderade artiklarna valdes istället att användas i bakgrunden för att beskriva tidigare forskning om barnmorskors upplevelse av att vara kontinuerligt närvarande. En artikel förväntades tas med i resultatet baserat på titel och abstract

(Bradfield, Hauck, Duggan & Kelly, 2018) (artikel nummer nio) (se tabell 1) denna gick ej att få i fulltext men beställdes via biblioteket Norra Älvsborgs länsjukhus (NÄL) dock utan att generera en artikel. Sökprocessen redovisas enligt Prismas flödesdiagram (Prisma, 2009), (bilaga 1) och artiklarna som ingår i studien presenteras enligt en resultattabell, (bilaga 2). De exkluderade artiklarna presenteras i bilaga 3.

Tabell 1. Sökstrategi och sökträffar.

Databas Datum	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Valda artiklar
CINAHL 2020-04-08	continuous presence AND childbirth AND midwife experience	Peer reviewed English Exclude Medline	4	1	1	1 (1)
PubMed 2020-04-08	continuous presence AND childbirth AND midwife experience		8	0	0	0
PsycINFO 2020-04-08	continuous presence AND childbirth AND midwife experience	Peer reviewed English	3	0	0	0
CINAHL 2020-04-08	continuous care AND midwife experience	Peer reviewed English	49	3	1	1 (2) Dubblett (1)
CINAHL 2020-04-08	one to one care AND midwife experience AND childbirth	Peer reviewed English Exclude Medline	165	8	3	0
PubMed 2020-04-08	midwives experience AND one to one care AND childbirth	English	328	23	6	3 (3,4,5)

Fortsättning Tabell 1. Sökstrategi och sökträffar.

Databas Datum	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Valda artiklar
PubMed 2020-04-09	“continuous support” AND midwife experience		20	4	1	0 Dubblett (1,2)
CINAHL 2020-04-09	continuous support AND midwife experience	Peer reviewed English	51	3	0	0 Dubblett (1,2)
CINAHL 2020-04-09	“continuous support” AND childbirth OR labour OR labor OR delivery AND midwifery OR midwives OR midwife	Peer reviewed English	30	5	1	1 (7) Dubblett (1,2)
PsycINFO 2020-04-09	continuous support AND childbirth OR labour OR labor OR delivery AND midwifery OR midwives OR midwife	Peer reviewed English	22	1	0	0
PubMed 2020-04-09	midwife*AND childbirth AND continuous support		384	26	7	1 (6) Dubblett (1,2, 3)
CINAHL 2020-04-12	“with woman” AND childbirth AND midwife experience	Peer reviewed English Exclude Medline	145	4	2	1 (9) Dubblett (1,5)
PubMed 2020-04-12	“with woman” AND childbirth AND midwife experience		2	2	2	1 (10)
Google Scholar 2020-04-12	Ref. från Bradfield m.fl. (2019)		1	1	1	1 (8)

Artiklarna tilldelades en siffra för att underlätta hanteringen, presenterade i höger kolumn.

Kvalitetsgranskning

När artiklarna var utvalda granskades de i enighet med SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier se (bilaga 4) för kvalitetgranskning. Att kvalitetsgranska artiklarna består enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016) i att bedöma den metodologiska kvaliteten. Nio artiklar granskades. Tre sorterades ut efter kvalitetgranskning. Artikel nummer sju (Spencer, du Preez & Minnie, 2018) sorterades ut då det vid närmare granskning framgick att den inte föll inom inklusionskriterierna samt inte hade etiskt godkännande. Artikel nummer två (Aune, Vilemo Holsether & Tinholt Kristensen, 2017) och fyra (Lundgren & Dahlberg, 2002) sorterades ut efter noga övervägande då

studiens syfte inte stämde överens med den valda frågeställningen. Studiernas kvalitet bedömdes utifrån syfte, urval, datainsamling, analys och resultat och fick därefter bedömningen låg, medelhög eller hög kvalitet. I enlighet med SBU (2017) utfördes detta individuellt initialt. Därefter jämfördes de individuella granskningar innan slutgiltigt beslut togs om vilka artiklar som skulle ingå i den systematiska litteraturöversikten. Enbart studier med hög eller medelhög kvalitet inkluderas. Totalt inkluderades sex artiklar där alla hade en fenomenologisk ansats.

Dataanalys

Vid sammanställning av data valdes innehållsanalys för att få en förståelse av upplevelserna. Analysen består i att hitta upplevelser som är liknande och som skiljer sig åt. Därefter kategoriseras dessa under olika underteman och teman för att därefter styrka texten med citat. När analysen genomförs var det av betydelse att den skedde stegvis och strukturerat i enlighet med Blomberg (2018). När relevant data som besvarade frågeställningen skulle tas ut användes Bettany-Saltikov & McSherry (2016) metod som stegvis beskriver hur data extraheras. Först lästes artiklarnas resultat ett flertal gånger individuellt för att förstå innehållet. Därefter markerades det som svarade upp mot syftet med färgpenna. Vi gick vidare igenom markeringarna och valde gemensamt ut vilken data som skulle extraheras, denna data klipptes ut manuellt. Data översattes sedan till svenska och de meningsbärande enheterna lades in i en tabell elektroniskt som även kallas öppen kodning, från detta skapades sedan rubriker. Därefter grupperades dessa rubriker genom att de som var lika varandra fördes samman i underteman. Därefter diskuteras valda underteman och övergripande teman skapades. Artiklarnas resultat lästes åter för att verifiera att underteman och teman motsvarade de relevanta delarna i resultatet och att all relevant data var extraherad. Denna process upprepades därefter för respektive vald artikel i den systematiska litteraturöversikten (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Forskningsetiska överväganden

Kvalitativ forskning kräver enligt Blomberg (2018) ett noggrant etiskt övervägande eftersom forskaren behöver vara medveten om sin eventuella påverkan på informanten eller att denne upplever att forskaren inte värnar om integriteten. I Helsingforsdeklarationen (2008) beskrivs att etiska rådet skall godkänna forskning på människor. I föreliggande systematiska litteraturöversikt inkluderades enbart studier som var etiskt godkända. Det innebär enligt Helsingforsdeklarationen (2008) att informanten är informerad om ett frivilligt deltagande, syftet med studien, hur den genomförs, tänkbara intressekonflikter, forskarens tillhörighet, nyttan med studien och vad ett deltagande innebär samt att de närsomhelst kan avbryta sin medverkan.

Nyttan med föreliggande studie var att genom sammanställning av tidigare publicerad forskning erhålla en ökad förståelse för barnmorskans upplevelse av kontinuerlig närvaro samt att tillägna oss kunskaper vi kan använda oss av i vår framtida roll som barnmorskor. Vi hoppades också att sammanställningen kunde bidra till en ökad förståelse för betydelsen av barnmorskans

kontinuerliga närvaro och stödjande roll samt att klargöra innebörden av det utifrån barnmorskans perspektiv.

I rollen som barnmorskestudenter kan en viss erfarenhet av betydelsen av närvaro och stöd finnas genom upplevda händelser. Denna förförståelse har genomgående tagits i beaktning då den enligt Blomberg (2018) kan ha effekt på hur data tolkas. Artiklarnas resultat har granskats så objektivt som möjligt och med fortlöpande diskussioner kring dess innehåll för att minimera risken för påverkan av förförståelsen.

Resultat

Till resultatet inkluderades efter systematisk litteratursökning och kvalitetsgranskning sex kvalitativa artiklar som svarade på studiens syfte. Av artiklarna kommer en studie från Norge (Aune, Hval Amundsen & Skaget, 2013), en studie från Kina (Gu, Zhang & Ding, 2009), en studie från Sverige (Lyckestam Thelin, Lundgren & Hermansson, 2014) samt tre studier från Australien (Bradfield, Hauck, Duggan & Kelly, 2019; Bradfield, Hauck, Kelly & Duggan, 2018a; Bradfield, Kelly, Hauck & Duggan, 2018b). Sammanlagt i de inkluderade studierna deltog 74 barnmorskor. Se även bilaga 2 för resultattabell och en överskådlig beskrivning av artiklarna.

Efter analys av artiklarnas resultat framkom att samtliga artiklar beskrev barnmorskors upplevelse av att vara kontinuerligt närvarande. De lyfte också betydelsen av kontinuerlig närvaro från och med det första mötet med kvinnan och hennes partner. Stödet för kvinnan innefattar att partnern är med och i samtliga artiklar beskrevs hans närvaro som betydelsefull. I resultatet har vi dock genomgående valt att skriva kvinnan men det innefattar både kvinnan och partnern i de sammanhang det kan förstås.

Resultatet baseras på sex artiklar. Dataanalysen genererade två huvudteman och fem underteman. Se Figur 3 nedan:



Figur 3.

Faktorer som påverkar kontinuerlig närvaro

Angelägenheten av att lära känna varandra

Barnmorskorna det första mötet som särskilt betydelsefullt och som en grundläggande del i att vara kontinuerligt närvarande. Det handlade om att lära känna kvinnan, skapa en ömsesidig tillit och bra förutsättningar för att bygga en relation. (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin, 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Det var också betydelsefullt att ha en ödmjuk attityd, vara varsam, visa respekt, värdighet och mjukhet (Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b).

“I’m open to the invitations they give me and the way they receive mine. I hope my invitations include humour, joy, curiosity, openness, personality, confidence trust, warmth, and care. I regard the first encounter as very important” (Lyckestam m.fl., 2014, s.116).

Barnmorskor beskrev att det var en tidskrävande process (Aune m.fl., 2013; Bradfield m.fl., 2019). Det var en talang att hitta ”nyckeln till kvinnan” vilket innebar att lyssna för att skapa sig en uppfattning om vem kvinnan var (Lyckestam Thelin m.fl., 2014). När barnmorskorna fick vara kontinuerligt närvarande tidigt i processen främjades en bra relation och om detta misslyckades krävdes omfattande arbete för att få tillit. Det var av betydelse att få känna tillåtelse att vara kontinuerligt närvarande. Att ha ansvar för många patienter försvårade. Många barnmorskor upplevde att de inte fick ro, att de alltid var på språng. Bristen på tid skapade en upprördhet och funderingar på att lämna yrket. När tiden inte fanns för det första mötet eller att relationsskapandet hade misslyckats kände sig barnmorskorna otillräckliga och frustrerade (Aune m.fl., 2013).

Betydelsen av barnmorskans kunskap och personlighet

Kontinuerlig närvaro bestod i att inte lämna kvinnan (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Barnmorskeri beskrevs handla om att vara med kvinnan under förlossningen och som det rätta sättet att arbeta på (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009., Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a). Det preciserades i en studie att närvaro var en plikt för att vara en bra barnmorska (Chunyi m.fl., 2009). Barnmorskans erfarenhet speglades i hur hen förmedlade kunskap vilket gav kvinnan en bild av hur trygg och säker barnmorskan var i sin profession (Lyckestam Thelin m.fl., 2014). Den kontinuerliga närvaron krävde fullständig mental och fysisk närvaro av barnmorskan, vilket hade emotionella och fysiska kostnader då relationen som skapades med kvinnan var intensiv (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b).

“I think it's a much more intense relationship in labour and birth. It's one on one, all of your focus is on that person, you give of yourself so much emotionally in that space” (Bradfield m.fl., 2018b, s. 163).

För att barnmorskan skulle kunna vara helt närvarande fick hen lägga undan sina privata angelägenheter (Bradfield 2018a). Betydelsen av att barnmorskan värnade om sin hälsa för att orka med arbetet och inte bli utbränd skildrades i två studier (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009). Barnmorskorna beskrev också innebörden av att hitta copingstrategier för att orka med den psykiska belastningen (Chunyi m.fl., 2009). Barnmorskan påverkades också av kvinnans känslor under förlossningen (Aune m.fl., 2013; Bradfield m.fl., 2018b).

“You have extremely sad experiences happening in one room, and extremely gratifying ones in the other room and you are standing there in the middle. You reset yourself in the corridor. It's really hard” (Aune m.fl., 2013, s. 93).

I vissa emotionellt krävande situationer valde barnmorskorna att inte vara kontinuerligt närvarande trots att tid fanns då de upplevde att de inte orkade med. De barnmorskor som förstod den kontinuerliga närvarons effekter blev mer måna om att vara med kvinnan (Aune m.fl., 2013). Kunskap och erfarenhet påverkade i vilken utsträckning barnmorskan var kontinuerligt närvarande (Aune m.fl., 2013; Bradfield m.fl., 2018b). I en studie förklarades att barnmorskor hade olika tilltro till den kontinuerliga närvarons betydelse, vilket beskrevs av barnmorskor kunna leda till interventioner i födandeprocessen av olika slag (Aune m.fl., 2013). Barnmorskeri handlade inte om att enbart bocka av sina arbetsuppgifter (Bradfield m.fl., 2019). Det var av betydelse att skydda kvinnan och inte springa i dörren då det kunde störa förlossningsarbetet (Aune m.fl., 2013; Lyckestam Thelin m.fl., 2014). Ett lugn i rummet med mental närvaro skyddade kvinnan mot stressen utanför. En lugn atmosfär påverkade också barnmorskans möjlighet att vara emotionellt närvarande (Aune m.fl., 2013).

“One should be there full of oxytocin, not full of adrenaline” (Aune m.fl., 2013, s. 91).

Organisationens inverkan

Organisatoriska faktorer hade inverkan på vilken utsträckning barnmorskan kunde närvara hos kvinnan (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Närvaron var inte alltid var värderad och prioriterad Kollegor kunde komma med otrevliga kommentarer när barnmorskan hade varit en längre stund hos en födande kvinna (Aune m.fl., 2013). Barnmorskans relation med kvinnan blev störd när obstetiker kom in oanmäld. Genom att ta över ansvaret och styra den fortsatta förlossningsplaneringen kände sig barnmorskan förminskad och hens kapacitet att vara närvarande försvårades (Bradfield m.fl. 2018b). Barnmorskorna i en studie beskrev hur ibland upplevde att det var en kamp att få vara närvarande med kvinnan och värna hennes rättigheter (Aune m.fl., 2013). Andra barnmorskor beskrev ett vemod att lämna kvinnan som var mitt i ett förlossningsarbete då barnmorskans arbetspass tog slut (Bradfield m.fl., 2018). När barnmorskan inte kunde vara kontinuerligt närvarande missades vital information som kunde leda till interventioner såsom frekventa vaginala undersökningar och ökad fosterljudsövervakning. Likväl kunde kontinuerlig fosterljudsövervakning och ryggbedövning ersätta den kontinuerliga närvaron (Aune m.fl., 2013).

“You go back, and you see a CTG you cannot interpret. What does this mean? Is it the mother’s pulse? Or is it the child’s heartbeat? Have no idea, you know, because you haven’t been there. It’s rare, but it happens. You cannot just put on a CTG and leave the room, you have to be there” (Aune m.fl., 2013, s. 92).

Den kontinuerliga närvaron som stöd för kvinnan

Hjälp att guida genom förlossningen

Den kontinuerliga närvaron möjliggjorde för barnmorskan att anpassa stödet efter den unika kvinnans behov (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl. 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield 2018b). Oavsett hur länge barnmorskan arbetat var det av betydelse att se varje kvinna som unik då varje situation var unik (Lyckestam Thelin m.fl., 2014). Barnmorskan fick genom sin kontinuerliga närvaro en överblick av förlossningsarbetet och kunde guida kvinnan. Ibland innebar det att bara finnas tyst inne på rummet och följa förloppet. I andra situationer behövde barnmorskan ta över och handgripligen hjälpa kvinnan genom att vara fysiskt nära. Genom närvaron möjliggjordes för barnmorskan att förstå var hen skulle gå in och guida (Aune m.fl., 2013; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019).

“I take pride in the fact that I can adjust and I can actually be what that woman wants me to be because I am reading her cues properly and appropriately and correctly and I can move between environments and I’m actually ok with that” (Bradfield m.fl., 2019, s. 9).

Den kontinuerliga närvaron underlättade för barnmorskan att använda sig av sin intuition när de vårdade kvinnan Det handlade om att använda sig av verbal och icke verbal kommunikation. Genom barnmorskans sinnen skapades ny betydelsefull kunskap för vårdandet. Det innebar att

lyssna till hur kvinnan lät, se hur hon rörde sin kropp och hur barnmorskan kände in rummet (Aune m.fl., 2013; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a).

“Sometimes you can have silence for a long time but... it's not an uncomfortable silence. Some woman do go 'into themselves' and don't want a lot of chatter around them or touching or anything like that, but again reading that body language... some people change in labour so this would be being 'with woman'” (Bradfield m.fl., 2019, s. 8).

Närvaro som hjälp att stärka

Betydelsen av att få kvinnan att hitta sin inneboende styrka var central i att vara kontinuerligt närvarande (Aune m.fl., 2013; Chynyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Genom att vara kontinuerligt närvarande kunde barnmorskan visa att hen trodde på kvinnans kapacitet och uppmuntra när hon tvivlade (Aune m.fl., 2013; Chynyi m.fl., 2009; Bradfield m.fl., 2019). När barnmorskan förmedlade att bebisen i magen såg ut att må bra och att förlossningen gick fint framåt skapade ett lugn och en trygghet både för kvinnan och barnmorskan. Det möjliggjorde för kvinnan att hitta sin inre kraft och för barnmorskan innebar det en känsla av att vara ett emotionellt stöd (Lyckestam Thelin m.fl., 2014). Den kontinuerliga närvaron med kvinnan genererade positiva känslor hos barnmorskan (Aune m.fl., 2013; Chynyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). När kvinnan hittat kraft att ta sig igenom förlossningen med en positiv upplevelse blev barnmorskan nöjd (Aune m.fl., 2013; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019). Det preciserades hur de kände sig hedrade av att ha hjälpt kvinnan att hitta sin inneboende styrka så hon kunde föda (Aune m.fl., 2013; Bradfield m.fl., 2019). Att hjälpa kvinnan att finna kraft upplevdes som ett privilegium;

“It's important to make myself redundant, so that they feel a sense of coping. I want them to think: It was not the midwife who did it, she helped me, but we were the ones who made it! That is my job!” (Aune m.fl., 2013, s. 91).

Barnmorskan kunde genom sin kontinuerliga närvaro informera kvinnan genom kommunikation och interaktion (Chynyi m.fl., 2009; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a). En barnmorska förklarade att det exempelvis kunde handla om att berätta vad som dokumenterades, detta för att hålla kvar kvinnan hos sig och inte bryta tilliten som byggts upp under den kontinuerliga närvaron (Bradfield m.fl., 2018b). Det lyftes fram att barnmorskan genom sin kontinuerliga närvaro kunde stärka kvinnans röst (Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b).

“You have to be the advocate and really speak up and (be) confident doing that... because the woman sometimes says things to you afterwards and says thanks for speaking up for me” (Bradfield m.fl., 2019, s. 9)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna systematiska litteraturöversikt var att få svar på hur barnmorskor beskriver upplevelsen av kontinuerlig närvaro. Att genomföra en systematisk litteraturöversikt utan tidigare erfarenhet av att göra det kan påverka kvaliteten i studien och således ses som en svaghet i studien. Bettany-Saltikov & McSherry's (2016) metodbok har använts som en genomgående guide vilket kan ses som en styrka. Då en upplevelse skulle undersökas gjordes valet att inkludera kvalitativa intervjustudier i enlighet med Blomberg (2018) vilket genomgående i arbetet har känts relevant. Det fanns en viss svårighet i att hitta relevanta sökord för problemområdet då kontinuerlig närvaro kunde beskrivas i olika termer, detta kan ses som en svaghet i studien då studier kan ha förbisetts. Genom att undvika frassökning skapade vi dock en större sensitivitet i vår sökning i enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016) vilket kan medföra ett större utfall av artiklar. När sökningsförfarandet genomfördes framkom även samma artiklar i de nya sökningarna vilket skapade en uppfattning om att vi fångat in de artiklar som fanns publicerade inom ämnet. Detta bekräftades även när de valda artiklarnas referenslistor granskades samt då det enbart framkom en ny artikel.

Deltagarna rekryterades medvetet i fem av studierna (Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Enligt Blomberg (2018) kan ett sådant urval bestå i att forskaren väljer ut de personer som är bäst lämpade att svara på forskningsfrågan. Det är också beskrivet i artiklarna och då baserat på att dessa personer hade erfarenhet och kunde bidra med en utförlig beskrivning. I studien av Aune m.fl., (2013) hade informanterna själva anmält intresse för att delta och det diskuterades om resultatet påverkats av att de var särskilt intresserade av att vara kontinuerligt närvarande. Reflektioner kan bara föras över om detta kan ha påverkat tillförlitligheten och således ses som en svaghet i studien. Samtidigt som det fanns en önskan om att få en beskrivning av hur barnmorskan upplevde den kontinuerliga närvaron. Därför ansågs det relevant att inkludera dessa artiklar då informanterna bidrog med gedigen erfarenhet och intresse.

Valet att exkludera hemförlossning, "caseload midwifery" eller annan motsvarande modell med känd barnmorska bidrog med största sannolikhet till en ytterligare försnävning av ett redan avgränsat problemområde. Dock ansågs att om känd barnmorska hade ingått som ett inklusionskriterie hade utfallet i resultatet med stor sannolikhet blivit ett annat.

I artiklarna som undersöker fenomenet "with woman" (Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b) ser vid första anblick studien från 2019 ut att bygga på studierna från 2018. Vid närmare granskning ses dock att den öppna intervjufrågan skiljer sig åt samt att studierna är genomförda på olika sjukhus med olika barnmorskor. Artikeln från 2019 har delvis ett innehåll där informanterna har känd relation till den födande kvinnan. Dessa beskrivningar är dock lätt att urskilja och kan exkluderas ur resultatet i enlighet med kriterierna för inklusion och

exklusion. Avseende artikeln som inte gick att få tag i kan det bara spekuleras i om denna eventuellt hade påverkat resultatet i föreliggande studie. Bedömningen är dock att de övriga inkluderade artiklarna uppvisade liknande teman så det är därför tveksamt om denna artikel tillfört ytterligare data.

De inkluderade artiklarna granskades enligt SBU kvalitetsgranskningsmall som har utgångspunkt i patientupplevelser. Anledning till valet av denna mall var att det handlade om upplevelser och att granskningsförfarandet var förhållandevis lätt att ta till sig. En brist med denna granskningsmall var att den saknade ett tydligt graderingssystem för hur kvaliteten på studierna skulle bedömas. Kvalitetsgranskningen utfördes initialt individuellt och därefter gemensamt som i enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016) minskar risken för systematiska fel vilket kan ses som en styrka. Genom den gemensamma granskningen jämfördes och diskuterades vilken nivå av kvalitet på studien som förelåg. Tre av artiklarna bedömdes ha hög kvalitet (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Bradfield m.fl., 2019) och tre medelhög kvalitet (Lyckestam Thelin, 2014; Bradfield, 2018a; Bradfield, 2018b). En artikel (Lyckestam Thelin m.fl., 2014) fick medelhög kvalitet med anledning av att förförståelsen inte var tydligt beskriven, då en fenomenologisk ansats i enlighet med Blomberg (2018) kräver att förförståelsen reflekteras över för att minska påverkan av egna erfarenheter under datainsamlings- och analysprocessen. Dock genomfördes analysen av två av författarna och resultatet diskuterades till konsensus. Artikeln uppvisade emellertid också ett rikt innehåll som tillförde relevant data till föreliggande studie, varför den ansågs relevant att inkludera. Samtliga artiklar som inkluderades var etiskt godkända. Fyra av dem förde ett etiskt resonemang kring att informanterna fick muntlig och skriftlig information om syftet med studien, att data skulle behandlas konfidentiellt och att de närsomhelst kunde avbryta sin medverkan (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2018b). De två övriga studierna (Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018b) var etiskt godkända av en etisk kommitté och informerat samtycke var lämnat, dock förelåg inget etiskt resonemang. Av denna anledning fick de två artiklarna bedömningen att vara av medelhög kvalitet då en studie med kvalitativ metod i enlighet med Blomberg (2018) skall redogöra kring ett etiskt övervägande för att god kvalitet skall infrias.

Analysen av de inkluderade artiklarnas resultat genomfördes stegvis där de första stegen bestod i att data extraherades individuellt för att sedan jämföras gemensamt vilket i enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016) minskar risken för systematiska fel. Genom att fortlöpande värdera och diskutera extraherad data, underteman och teman beaktades vår förförståelse vilket stärker trovärdigheten i studien.

Av de inkluderade artiklarna var hälften endast ett par år gamla, den äldsta artikeln publicerades 2009 (Chunyi m.fl., 2009). Det kan tyda på att det är ett ämne som blir allt mer aktuellt för professionen att undersöka. Artiklarna av Aune m.fl. (2013); Bradfield m.fl., (2019); Bradfield m.fl., (2018a); Bradfield m.fl., (2018b) uppvisar ett liknande arbetssätt jämfört med svensk kontext. Artikeln av Chunyi m.fl., (2009) härstammar från Kina och förhållandena i förlossningsvården i denna studie skiljer sig åt. Barnmorskan ringdes in när förlossningen startade, vilket innebar att de

behövde vara tillgängliga. Barnmorskorna hade dock inte träffat kvinnan de skulle bistå. De följde sedan kvinnan genom förlossningen, något som kunde leda till långa arbetspass. Upplevelsen av att vara kontinuerligt närvarande beskrevs som mer arbetsamt i jämförelse med de övriga artiklarna, något som kan förklaras av de annorlunda förhållanden.

Sammanfattningsvis bygger denna systematiska litteraturöversikt på ett litet antal artiklar som kan ses som en svaghet i studien dock genererade de en rik data som kan ses väga upp. Artiklarna har en fenomenologisk ansats varav tre har ursprung i samma land (Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Dock ses liknande upplevelser oavsett i vilket land studien är gjord därav ses inte detta påverka tillförlitligheten i studien.

Resultatdiskussion

I föreliggande studie framkom två teman och fem underteman. Det första temat *Faktorer som påverkar kontinuerlig närvaro* består av tre underteman *Angelägenheten av att lära känna varandra*, *Betydelsen av barnmorskans kunskap och personlighet* samt *Organisationens inverkan*. Betydelsen av det första mötet för att lära känna kvinnan var centralt i uppbyggandet av kontinuerlig närvaro. Kontinuerlig närvaro handlade om att inte lämna kvinnan och präglades av fysisk och mental närvaro vilket ibland upplevdes påfrestande för barnmorskorna. Kunskap om närvarans betydelse liksom organisatoriska faktorer påverkade i vilken utsträckning barnmorskan var närvarande med kvinnan och betydelsen av att skapa en lugn miljö utan störningsmoment poängterades.

Det andra temat *Den kontinuerliga närvaron som stöd för kvinnan* består av två underteman *Hjälp att guida genom förlossningen* samt *Närvaro som hjälp att stärka*. Den kontinuerliga närvaron möjliggjorde för barnmorskan att använda alla sina sinnen och sin intuition för att anpassa sin guidning efter den unika kvinnan. Genom sin kontinuerliga närvaro hjälpte barnmorskan kvinnan att hitta sin inre kraft vilket genererade positiva upplevelser för både barnmorskan och kvinnan.

I föreliggande studie beskrivs betydelsen av det första mötet för att skapa en tillitsfull relation som en grundläggande del i att vara kontinuerligt närvarande (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). Det första mötets betydelse för att skapa tillit och trygghet beskrivs också av Lundgren & Dahlberg (2002); Aune, Holsether & Tinholt Kristensen (2018). Det handlar om att kvinnan skall känna sig välkommen och sedd och för barnmorskan att förstå vem det är hon skall följa genom förlossningen. Att skapa en känsla av att det är tryggt och säkert att föda, precis som evolutionärt antyds, att kvinnan behöver en säker plats att vara på när barnet skulle komma (Uvnäs Moberg, 2019). Det första mötet kan ske under olika faser i kvinnans förlossningsförlopp vilket ibland kan göra det emotionellt ansträngande att förstå vilket behov av stöd kvinnan har i stunden. Det innebär för barnmorskan att på kort tid visa "sitt bästa jag" för att få kvinnans förtroende och tillit och kunna möta henne både fysiskt och mentalt, för att skapa en fungerande relation. I MiMo modellen beskrivs hur den ömsesidiga relationen skapas genom att lära känna kvinnan och hennes partner.

Det handlar om att barnmorskan är närvarande (Berg m.fl., 2012), vilket ytterligare förstärker betydelsen av att det första mötet mellan barnmorskan och kvinnan blir bra.

Vidare beskrivs hur relationsskapandet kan vara mödosamt och tidskrävande (Aune m.fl., 2013; Bradfield m.fl., 2019). Barnmorskorna hann inte alltid stanna kvar i rummet under det första mötet vilket försvårade möjligheten att skapa en relation. När den första kontakten fallerar kan också den fortsatta interaktionen ses hindrad genom att det blir svårt för barnmorskan att veta när och hur hen kan hjälpa kvinnan då hen inte känner kvinnan. Lundgren (2009) förklarar att när närvaron brister kan kontakten förloras och barnmorskan får svårt att veta hur hon kan ge stöd vilket ibland leder till att barnmorskan håller sig undan. Det kan tolkas som att när barnmorskan inte fått tid att lära känna kvinnan skapas en osäkerhet i hur barnmorskan skall bemöta henne och vilket stöd hen skall ge. Det handlar också för barnmorskan om att anpassa sig efter varje unik kvinna. Kvinnan kan exempelvis vilja få bekräftelse på livmodertappens öppningsgrad eller hur barnet mår och när barnmorskan tillgodoser önskemålen kommer hen på ett naturligt sätt fysiskt nära kvinnan vilket hjälper barnmorskan i relationsskapandet. I MiMo modellen belyses hur en delaktighet skapas genom kommunikation mellan barnmorskan och kvinnan där en ömsesidig relation skapas när kvinnan blir delaktig i sin förlossning, Berg m.fl. (2012).

En lugn atmosfär i förlossningsrummet gynnade både kvinnan och barnmorskan. För barnmorskans del bidrog lugnet till att hen fick möjlighet att vara mentalt närvarande (Aune m.fl., 2013). Det kan tolkas som att när barnmorskans är kontinuerligt närvarande både fysiskt och mentalt utstrålar hen trygghet som också smittar av sig till kvinnan och gör båda lugna. I MiMo modellen beskrivs detta som ett led i att skapa en förlossningsfrämjande miljö där kvinnan kan slappna av och bli närvarande i rummet (Berg m.fl., 2012). Detsamma beskrevs av barnmorskorna i studien som att en lugn atmosfär och ett lugn i rummet gör att hen också kan slappna av och bli närvarande i rummet (Aune m.fl., 2013). Betydelsen av att känna ett lugn har också inverkan på kroppens utsöndring av oxytocin (Uvnäs Moberg, 2019; Hammond m.fl., 2013). Lugnet bidrar till att skapa en miljö där oxytocin får flöda fritt vilket stärker länken och samarbetet mellan barnmorskan och kvinnan där "oxytocin möter oxytocin". I barnmorskeutbildningen grundläggs tidigt kunskap om oxytocinet som det "lugn och ro" hormon som driver förlossningen framåt. Ett ytterligare bevis för den kontinuerliga närvarans effekter på oxytocinflödet kan ses i studierna av Aune m.fl. (2018) & Butler (2017) där den kontinuerliga närvaron främjade en normal förlossning.

Att värna om en lugn miljö runt den födande kvinnan är således av betydelse. En födande kvinna är mottaglig för allt som händer runtomkring henne. Kroppen kan uppfatta situationen som hotfull vilket i sin tur i enlighet med Uvnäs Moberg (2019); Hammond m.fl. (2013) kan leda till att förlossningen stannar av. Genom att vara kontinuerligt närvarande kan också barnmorskan ses skydda kvinnan och stå vakt mot andra som kan störa förlossningsprogressen, vilket också togs upp i föreliggande studie (Aune m.fl., 2013; Lyckestam Thelin m.fl., 2014). Störande händelser eller om barnmorskan inte kan vara närvarande kan medföra att utsöndringen av oxytocin sjunker och stresshormoner ökar enligt tidigare beskrivning. Delvis på grund av att länken för oxytocinet bryts när inte barnmorskan är närvarande men också att kvinnans kropp ställer in sig på försvar

varje gång, t.ex. när en dörr öppnas. Uvnäs Moberg (2019) beskriver hur oxytocinet sjunker när miljön upplevs stressande, Hammond m.fl. (2013) förklarar att stresshormoner produceras om kvinnan känner sig hotad. Utöver att enkom skydda kvinnan mot omgivningens påverkan (Butler, 2017) handlar ”barnmorskeri”, som vi vill kalla det, också om att fråga sig själv som barnmorska om nödvändigheten av varje intervention i kvinnans förlossning. Blix (2011) förklarar barnmorskans betydande roll i att skydda kvinnan mot yttre störningsmoment och att förlossningsförloppet kunde bli påverkat om kvinnan kände sig otrygg och osäker.

Barnmorskorna i denna studie beskrev den kontinuerliga närvaron som en del av att vara barnmorska, mer specifikt definierades det som en grundpelare för ”barnmorskeri” (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a). I en systematisk litteraturöversikt av Borelli (2013) undersöktes vilka egenskaper som kännetecknar en bra barnmorska. Här framkom betydelsen av teoretisk och professionell kunskap och kompetens, personliga kvaliteter såsom att vara medkännande, stöttande, insiktsfull och bra på praktiska moment. Likaså skulle barnmorskan vara skicklig i kommunikation, kunna ge kvinnan styrka och vara bra på att skapa relationer (Borelli, 2013). Utifrån analysen av artiklarna kan detta förstås som kvaliteter som dels utvecklas av att vara kontinuerligt närvarande då barnmorskan lär känna kvinnan. Dels också som en förutsättning för att vara fysiskt och mentalt kontinuerligt närvarande. Det framkom i underliggande studie att då kvinnan ställer frågor till barnmorskan får hon bekräftelse på barnmorskans kompetens och känsla för om barnmorskan har koll på kvinnans historia (Lyckestam Thelin m.fl., 2014). I studien av Borelli (2013) framkom hur kvinnan värdesatte att barnmorskan gav henne information och hur det kunde minska rädslan för att föda då hon blev mer trygg i sig själv och fick självförtroende. Det kan också tolkas från barnmorskornas intervjuer i denna studie som att barnmorskans medkänsla och sätt att informera ingav förtroende, dvs. inte bara budskapet, utan hur den förmedlades.

Den traditionella barnmorskans uppgift var att följa kvinnan genom förlossningen och inte lämna henne (Höjeberg, 2009; Lundgren, 2010). I dagens förlossningsvård har teknologi tagit över stor del av övervakningen av förlossningen som tidigare krävde en barnmorskas handhavande (Larsson, Aldegarmann & Aarts, 2007). Tekniken med kontinuerlig fosterljudsövervakning och skärmar i samtliga rum leder till att barnmorskan kan ha uppsikt över kvinnan utan att vara närvarande. Det är en utveckling som inte enbart är av godo då övervakningen ibland kan ses ersätta den kontinuerliga närvaron, vilket också beskrivs i föreliggande studie (Aune m.fl., 2013). Emellertid kan också barnmorskan vårda flera födande kvinnor samtidigt och titta på en kvinnas fosterljudsövervakning samtidigt som hon är närvarande hos en annan. Detta omöjliggör kontinuerlig närvaro. MiMo modellen beskriver hur det kulturella sammanhanget som förlossningsvården bedrivs i kan utgöra ett hinder för en god förlossningsvård då barnmorskan ibland vårdar mer än en födande åt gången (Berg m.fl., 2012). Barnmorskorna i föreliggande studie värnade om att få vara med kvinnan vilket ibland i den nuvarande organisationsstrukturen upplevdes som en kamp att få göra sitt arbete (Aune m.fl., 2013). Att behöva argumentera för kvinnans rätt att ha barnmorskan hos sig och sitt egna behov av att vara hos den födande kvinnan kan ses ta ytterligare energi av barnmorskan. Miljön i förlossningsvården har blivit ansträngd och

kärnan i ”barnmorskeri”, dvs. att följa kvinnan genom förlossningen har påverkats. Detta förankras också av Lundgren & Dahlberg (2002) som beskriver hur organisatoriska faktorer påverkar möjligheten för barnmorskor att utföra arbetet på det sättet de vill.

Kontinuerlig närvaro kan också handla om att orka och att våga vara kvar i rummet. Barnmorskor valde ibland att inte vara på rummet trots att tid fanns, vilket kan tolkas som en skyddsmekanism för att mentalt orka med sitt arbete (Aune m.fl. 2013). Alla människor är unika med olika förutsättningar och erfarenheter. Lundgren & Dahlberg (2002) beskriver hur barnmorskan kunde bli utbränd om hen engagerade sig för djupt i varje kvinna och hennes förlossning. Larsson m.fl. (2007) beskriver hur en alltmer pressad arbetsbelastning med mindre tid och ökade krav har gjort att många barnmorskor känner mindre tillfredsställelse med arbetet. Detta överensstämmer med föreliggande studie där barnmorskorna uppgav att det fanns tankar på att lämna yrket eftersom de inte fick utöva ”barnmorskeri”, som innebär att vara närvarande (Aune m.fl., 2013). I globala målen (UNDP, 2015) är ett av delmålen att skapa rimliga arbetsvillkor vilket ses nödvändigt för förlossningsvården och för att få barnmorskorna att stanna.

Genom den kontinuerliga närvaron kunde barnmorskan följa kvinnan genom förlossningsförloppet genom att använda alla sina sinnen (Aune m.fl., 2013; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a). Detta kan också ses förankras i MiMo modellen som bekräftar sinnenas betydelse och att grundad kunskap består i att barnmorskan är mottaglig och lyhörd för kvinnans behov, använder sin intuition (Berg m.fl., 2012). Således möjliggör den kontinuerliga närvaron att barnmorskan vet vad den unika kvinnan går igenom, just där och då, under förlossningen. Louyse Bourgeois beskrev redan på 1500-talet betydelsen av att utgå från den födande kvinnans berättelse och att alla förlossningar var unika (Lundgren, 2010; Höjeberg, 2011). Stödet kan se olika ut då kvinnor inte har samma behov. Barnmorskan kan visa att hon finns där genom en bejakande blick eller beröring. Genom sina sinnen kan barnmorskan vara en kraftkälla för kvinnan att ta till då hon har behov av det. Det förutsätter dock att en relation är skapad då eventuell tystnad kan kännas obekvämt, både för kvinnan och barnmorskan, samt att den kan misstolkas av kvinnan som att barnmorskan inte bryr sig om henne. Barnmorskan är närvarande mentalt och ibland behöver hen närma sig kvinnan fysiskt och guida henne, t.ex. när kvinnan tappar tilltro till sin förmåga, blir trött och uppgiven. Detta styrks av Lundgren & Dahlberg (2002) som beskriver barnmorskan som en förankrad följeslagare som genom sin närvaro leder kvinnan genom förlossningen men som också skyddar henne från att passera sin kapacitet. I föreliggande studie framkom betydelsen av att barnmorskan genom den tillitsfulla relationen kunde hjälpa kvinnan att hitta sin inre styrka (Aune m.fl., 2013; Chunyi m.fl., 2009; Lyckestam Thelin m.fl., 2014; Bradfield m.fl., 2019; Bradfield m.fl., 2018a; Bradfield m.fl., 2018b). I MiMo modellen betonas innebörden av att kvinnan stärks i att hon har förmåga att föda sitt barn. Detta förutsätter att kvinnan blir sedd vilket delger henne en kraft att föda sitt barn som en del i en ömsesidig relation (Berg m.fl., 2012).

I en svensk studie undersöktes hur förlossningsbarnmorskans roll och identitet har förändrats med åren. Den allt mer pressade arbetssituation och en ökad läkarnärvaro har medfört att identiteten som barnmorska har påverkats och att barnmorskor tappat en del av barnmorskekunskapen

(Larsson, 2007). Det kan medföra att barnmorskans tysta kunskap kommer i skymundan med risk att den professionella identiteten och utvecklandet av förkroppsligad kunskap hindras och då i synnerhet hos nya barnmorskor. Hunter (2004) förklarar vidare hur nyfärdiga barnmorskor upplevde att arbetet inte motsvarade de ideal som fanns kring "barnmorskeri". Thorstensson, Nissen, & Ekström (2007) beskriver barnmorskestudenters upplevelser av maktlöshet, behov av bekräftelse och hur självförtroende påverkades när de försökte skapa en relation med kvinnan och inte lyckades. Det visar på betydelsen i hur relationsskapandet påverkar, inte bara den födande kvinnan på ett djupare plan utan också barnmorskan. Som nyutexaminerade barnmorskor är betydelsen av närvaro extra meningsfull, dels för att lära sig att förstå kvinnan och hennes behov men också för att skapa förutsättningar för en tillitsfull relation. För att få självförtroende i den nya yrkesrollen krävs aktiv närvaro. Om det är svårt för erfarna barnmorskor att vara med kvinnan i aktiv förlossningsfas utan att ha haft möjlighet att bekanta sig med varandra innan, kan det vara en ännu större utmaning för mer oerfarna barnmorskor.

Barnmorskans kompetensområde är den normala förlossningen (Socialstyrelsen 2001). Rollen som barnmorska innebär, förutom medicinska kunskaper, att ha kunskap om psykologi, sociologi och omvårdnad, som behövs för att kunna närvara och stödja kvinnan genom förlossningen. Det är inte enkom kunskap om stödets betydelse eller det medicinska perspektivet utan förståelse för samspelet som är unikt för "barnmorskeri". Hansson, Lundgren, Hensing & Carlsson (2018) belyser hur andra professioner ser på barnmorskans arbete och hur de försöker få tillträde till barnmorskans värld. För barnmorskans del består henns arbete i att skapa ett "skyddat område" som en balans mot störande moment, som innefattar riskfokuseringen som prioriteras inom dagens förlossningsvård. I MiMo modellen förankras hur en del av barnmorskans arbete handlar om att värna om en normal förlossning som en del i en balanserande akt mellan ett naturligt och ett medicintekniskt förlopp (Berg m.fl., 2012). Hansson m.fl. (2018) beskriver hur andra professioner upplever att barnmorskan arbetar bakom stängda dörrar där enbart vissa fragment av det arbete hen utför visas för den yttre världen. För barnmorskan del kan det upplevas som att hen ideligen behöver förklara sig varför hen är kvar och varför hen inte kan släppa in andra i det rum som är skapat för födandet. Barnmorskans kunskaper om närvarons och oxytocinets positiva inverkan på förlossningsförloppet kan efter analys av detta material påvisa att barnmorskan skyddar kvinnan från störande faktorer och inte för att hen vill hålla annan personal utanför.

Slutsats

I föreliggande studie undersöktes hur barnmorskor kan uppleva att vara kontinuerligt närvarande. Att få möjlighet och tid att vara närvarande hos den födande kvinnan från och med det första mötet och vidare genom förlossningen var centralt för att bygga upp och behålla en äkta relation. Det första mötet kan ske i olika skeden i kvinnans förlossning och därför är relationsskapandet centralt för att barnmorskan ska kunna göra ett bra arbete. Barnmorskor som kände att de hade en god relation och hann med att vara närvarande var nöjda med sitt arbete. Att genom närvaron skydda kvinnan mot störande moment handlar om att skapa en miljö där oxytocinet får flöda fritt. Hur förlossningsvården är organiserad kan ses som ett hinder för kontinuerlig närvaro. Genom att vara närvarande utvecklas barnmorskans kunskap om "barnmorskeri". När barnmorskan använder sina

sinnen kunde hen förstå vilken typ av stöd och skydd kvinnan behövde i stunden, vilket skapade arbetsglädje för barnmorskan. Den föreliggande studien bidrog till en ytterligare förståelse av betydelsen av den kontinuerliga närvaron som kan bidra till att utveckla barnmorskans kunskapsområde.

Implikationer och förslag till fortsatt forskning

Den föreliggande systematiska litteraturöversikten har genererat en ökad förståelse för betydelsen av kontinuerlig närvaro. Resultatet kan ge personal på förlossningskliniker ökad kunskap om närvarons betydelse för kvinnan och barnmorskan. Den kan också öka kunskapen om barnmorskans arbetssituation på en förlossningsavdelning. Förståelsen behöver ökas kring att skapa en lugn miljö för både kvinnan och barnmorskan. Det behövs mer forskning av vad ”barnmorskeri” betyder i en större kontext men även undersökning av faktorer som kan störa födandemiljön kopplat till utsöndringen av oxytocin.

Referenslista

*artiklar inkluderade i resultatet

- * Aune, I., Amundsen, H., & Skaget Aas, L. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95 doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001
- Aune, I., Holsether, O., & Kristensen, A. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experience of midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 132-137 doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.005
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg, I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka vård vid barnafödande* (s. 29-43). (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centered childbirth care -- in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives* 3(2), 79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2013). *MiMo-modellen*. Hämtad 2020-04-15 från: <https://mimocare.wordpress.com/om/>
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step-guide*. (2nd ed.). London: Open university press.
- Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27(5), 687-692. doi:10.1016/j.midw.2009.09.008
- Blomberg, K. (2018). Kvalitativ metod. I O. Nyrén, M. Garwich, K. Nilsson, M. Shosan (Red.), *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen* (s. 251-266). Stockholm: Liber
- Bohren, M., Hofmemeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for woman during childbirth. *The Cochrane database of systematic Reviews*, 7(7). doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Borelli, S. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30, 3-10 doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.019
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R. (2019). "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experience of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife mode. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 29. doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z

- * Bradfield, Z., Hauck, Y., Duggan, R., & Kelly, M. (2019). Midwives' perceptions of being with woman: a phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:363, doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4
- * Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R. (2018a). Urgency to build a connection: Midwives' experience of being with woman in a model where midwives are unknown. *Midwifery*, 69, 150-157. doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.014
- * Bradfield, Z., Kelly, M., Hauck, Y., & Duggan, R. (2018b). Midwives 'with woman' in the private obstetric model: Where divergent philosophies meet. *Women and Birth*, 32(2), 157-167. doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.013
- Butler, M. (2017). Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:168 doi:10.1186/s12884-017-1323-7
- *Chunyi, G., Zheng, Z., & Yan, D. (2009). Chinese midwives' experience of providing continuity of care to labouring woman. *Midwifery*, 27, 243-249 doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.007
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A-K., Selboe, S-T., Tornvik, H-M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 7, 2-7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001
- Hammond, A., Foureur, M., Homer, C., & Davis, D. (2013). Space, place and the midwife: Exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Woman and birth*, 26(4), 277-281. doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.001
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., & Carlsson, I-M. (2018). Veiled midwifery in the baby factory -A grounded theory study. *Woman and birth*, 32, 80-86. doi.org/101016/j.wombi.2018.04.012
- Helsingforsdeklarationen. (2018). *WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. World medical association. Hämtad 2020-04-14 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261-272. doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004
- Höjeberg, P. (2009). *Barnmorskans historia*. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 19-27). (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Höjeberg, P. (2011). *Jordemor*. Tallinn: Carlsson bokförlag.

- ICM. (2015). Philosophy and Model of Midwifery Care. The Hague: International Confederation of Midwives; 2015. Hämtad från 2020-05-09 från: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. doi:10.1016/j.midw.2007.07.009
- Lindgren, H., & Wiklund, I (2016). Förlossningens förlopp. I H. Lindgren, K. Christensson, A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 446-457). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. (2010). Förlossningsvårdens historia. I M. Berg, I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka. Vårdande vid barnafödande* (s. 17-27). (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg, I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka. Vårdande vid normalt barnafödande* (s. 117-143). (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. (2009). Stöd under förlossning. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 75-79). (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with woman and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18, 155-164. doi: 10.154/midw.0302
- * Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I., & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth - a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, (3), 113-118. doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.008
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
Hämtad 2020-04-07 från: <http://www.prisma-statement.org/>
- Socialstyrelsen (2001). Handläggning av normal förlossning. State of the art.
Hämtad 2020-04-04 från: https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Kontinuerligt stöd till kvinnor under förlossning*. Hämtad 2020-04-02 från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/kontinuerligt-stod-till-kvinnor-under-forlossning/>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik. Hämtad 2020-04-07 från: https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/16690/course/section/3462/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *SBU:s handbok. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Hämtad 2020-04-07 från: <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2020-05-13 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Thorstensson, S., Nissen, E., & Ekström, A. (2007). An exploration and description of student midwives' experiences in offering continuous labour support to woman/couples. *Midwifery*, 24, 451-459. doi:10.1016/j.midw.2007.05.003

UNDP. (2015). *Globala målen*. Hämtad 2020-05-09 från: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>

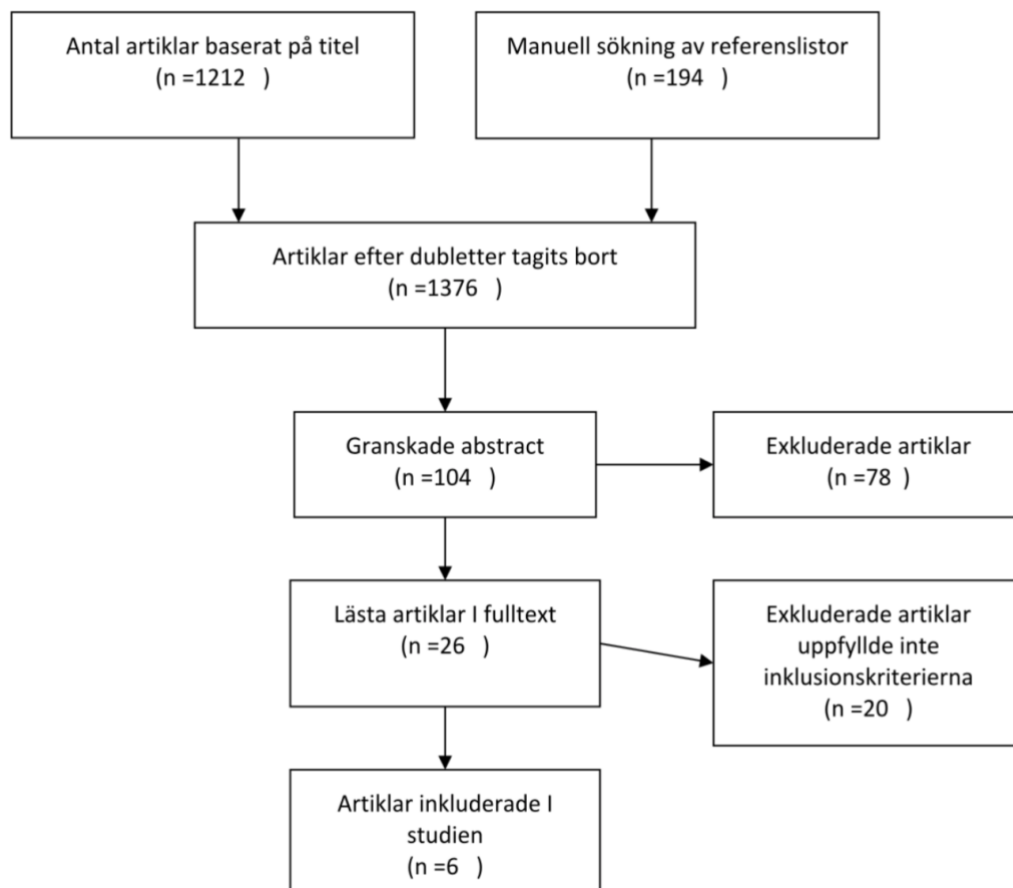
Uvnäs Moberg, K. (2019) *Why oxytocin matters*. London: Pinter & Martin Ltd.

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., ... Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a Systematic Review with Implications for Uterine Contractions and Central Actions of Oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth.*, 19(1), 2019, Vol. 19. doi: 10.1186/s12884-019-2365-9

WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hämtad 20-03-30 från <https://www.who.int/publications-detail/WHO-MCA-17.08>

Bilagor

Bilaga 1 Prisma flödesdiagram



Bilaga 2 Resultattabeller

Artikel Författare Årtal Land Titel	1 Aune, I., Hvaal Amundsen, H., & Skaget, L. 2013 Norge Is a midwife´s continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives´ experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of woman during labour.
Syfte	Att få en förståelse av barnmorskors upplevelse av att ge kontinuerligt stöttande närvaro inne på förlossningsrummet under en förlossning och att lära sig om faktorer som kan påverka den kontinuerliga närvaron.
Metod	Kvalitativ med fenomenologisk ansats. Djupintervjuer 45-60 min. Deskriptiv dataanalys
Urval	Frivilligt deltagande. Tio barnmorskor på förlossningsavdelning. Arbetat mellan 1-30 år. Ålder 37-56 år. Arbetade dag/kväll/natt. Tillbringat mesta karriären på sjukhus.
Resultat	Vikten av att spendera tillräckligt med tid första mötet och lära känna kvinna och behoven. Att vara mentalt närvarande, guida och visa tro på kvinnans förmåga. En förtroendefull relation med kvinnan och partnern förutsatte att barnmorskan också hade tilltro till sig själv. Kontinuerlig närvaro gav bättre översikt över förlossningen och större förutsättning för en naturlig förlossning. Organisatoriska faktorer påverkade barnmorskans möjlighet att vara kontinuerligt närvarande.
Kvalitetsgranskning	Hög

Artikel	3
Författare	Gu, C., Zhang, Z., & Ding, Y.
Årtal	2009
Land	Kina
Titel	Chinese midwives' experience of providing continuity of care to labouring woman.
Syfte	Att undersöka och förklara barnmorskors upplevelser av att ge kontinuerlig vård till födande kvinnor i Shanghai Kina.
Metod	Kvalitativ med fenomenologisk ansats.
Urval	Strategiskt urval. Tolv barnmorskor, 24-32 år, arbetat mellan tre till åtta år. Fyra juniora barnmorskor, åtta seniora barnmorskor.
Resultat	Belyser vikten av att barnmorskan är kontinuerligt närvarande, lyssnar till, informerar, är som en vän till och uppmuntrar kvinnan. Att vara med kvinnan gav en känsla att de presterade bra och var duktiga barnmorskor. Det krävde mycket energi av dem och organisatoriska faktorer påverkade. Närvaron med kvinnan genererade teoretisk och praktisk kunskap samt utvecklade handhavandet och kommunikation.
Kvalitetsgranskning	Hög

Artikel	5
Författare	Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I., & Hermansson, E.
Årtal	2014
Land	Sverige
Titel	Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study.
Syfte	Att få en djupare förståelse för barnmorskors upplevda erfarenhet av att vårda under barnafödandet i en svensk kontext.
Metod	Kvalitativ med fenomenologisk ansats. Först skriftlig beskrivning och efterföljande intervjuer 30-60 min.
Urval	Strategiskt urval. Tio barnmorskor, 37-61 år. 7-38 års erfarenhet.
Resultat	Betydelsen av att bjuda in under det första mötet för att skapa en ömsesidig relation. Fysisk och mental närvaro skapade viktig kunskap för deras vårdande. Barnmorskan skulle guida kvinnan genom förloppet och det var ett delat ansvar där barnmorskan skulle visa tro på kvinnans förmåga. Betydelsen av en lugn miljö där kvinnan skyddades mot störningsmoment. Att använda sig av verbal och icke verbal kommunikation.
Kvalitetsgranskning	Medelhög

Artikel	6
Författare	Bradfield, Z., Hauck, Y., Duggan, R., & Kelly, M.
Årtal	2019
Land	Australien
Titel	Midwives' perception of being with woman': a phenomenological study.
Syfte	Att beskriva västra Australiens barnmorskors uppfattning av fenomenet "att vara" med kvinnan under den intrapartala perioden.
Metod	Kvalitativa djupintervjuer med fenomenologisk ansats. 45-90 minuter.
Urval	Strategiskt urval. 31 barnmorskor ålder 35-62 år, 3-35 års erfarenhet. Vi inkluderar 21 då 10 st handlar om "känd barnmorska" (KM) och går att exkludera ur resultatet.
Resultat	Vikten av att vara med kvinnan under förlossningen och att skapa en bra relation. Genom att vara öppen och lyssna till kvinnan skapades tillit. Att skapa en miljö som gav kvinnan styrka och kraft. Vikten av att vara kvinnans advokat men att det kunde mötas av motstridigheter från annan personal. Att vara flexibel och lyssna till kvinnans önskemål och fokusera enbart på henne och inte lämna henne.
Kvalitetsgranskning	Hög

Artikel	8
Författare	Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R.
Årtal	2018
Land	Australien
Titel	Urgency to build a connection: Midwives' experiences of being 'with woman' in a model where midwives are unknown.
Syfte	Att undersöka barnmorskors upplevelser av att 'vara med' kvinnan under den intrapartala perioden specifikt i kontexten med en okänd barnmorska.
Metod	Kvalitativa intervjustudie med fenomenologisk ansats, 45-90min.
Urval	Strategiskt urval. Tio barnmorskor, 35-62 år, 5-35 års erfarenhet.
Resultat	Vikten av att tidigt skapa en förbindelse med kvinnan med henne i fokus. Att anpassa stödet efter den unika individen, föra hennes talan och ge kraft. Barnmorskorna använde sin intuition till hjälp. Betydelsen av att inkludera partnern och se vilket stöd han kunde ge. Interventioner påverkade stödet. Organisationen kunde göra det svårt för barnmorskorna att vara kontinuerligt närvarande. Den kontinuerliga närvaron krävde mycket av barnmorskorna.
Kvalitetsgranskning	Medelhög

Artikel	10
Författare	Bradfield, Z., Kelly, M., Hauck, Y., & Duggan, R.
Årtal	2018
Land	Australien
Titel	Midwives 'with woman' in the private obstetric model: Where divergent philosophies meet.
Syfte	Att undersöka barnmorskors upplevelser av att 'vara med' kvinnan under förlossning och födelse i kontexten av en okänd barnmorska och en känd obstetriker.
Metod	Kvalitativ intervju med fenomenologisk ansats, 45-80min.
Urval	Strategiskt urval. Elva barnmorskor, 32-56 år, arbetat mellan 3-31 år.
Resultat	Vikten av att snabbt skapa en förbindelse med kvinnan och de strategier som användes i form av att lyssna in, ge fysiskt stöd och att vara närvarande i rummet. Det främjade en tillit mellan barnmorska och kvinnan. Vikten av att inkludera partnern. Interventioner påverkade stödet. Betydelsen av att föra kvinnans talan, ge dem kraft och dela ansvaret. Hierarkin med obstetriker som tog över kunde störa den kontinuerliga närvaron.
Kvalitetsgranskning	Medelhög

Bilaga 3 Exkluderade artiklar

Författare/Årtal	Titel	Orsak till exkludering
Hunter, B 2003	Conflicting ideologies as a source of emotion in midwifery	Har med barnmorskestudenter i resultatet som ej går att urskilja
Larsson, M., Aldegarmann, U. & Aarts, C 2007	Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in a Swedish midwives' experiences	Svarar inte upp till syftet
Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M. & Duggan, R 2019	"It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being "with woman" during labour and birth in the known midwife model.	Caseload midwifery
Thorstensson, S., Nissen, E. & Ekström, A 2007	An exploration and description of student midwives' experiences in offering continuous labour support to woman/couples	Barnmorskestudenter
Aune, I., Villemo- Holsether, O.& Tinholt-Kristensen, A	Midwifery care based on a precautionary approach Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives	Svarar ej på syftet
Lundgren, I & Dahlberg, K 2002	Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth	Beskriver mötet med kvinnan och förlossningssmärta
Spencer, N., Preez, A. & Minnie, C 2018	Challenges in implementing continuous support during childbirth in selected public hospitals in the North West Province of South Africa	Ej enbart förlossningsvård
Skogheim, G & Hanssen, T 2015	Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting	Svarar ej helt till syftet
Reiger, K. & Lane, K 2012	"How can we go on caring when nobody here cares about us?" Australian public maternity units as contested care sites	Ej enbart förlossningsvård
Sweet, L & Glover, P 2011	An exploration of the midwifery continuity of care program at one Australian University as a symbiotic clinical education model	Tar upp kontinuerlig vård under graviditet

Författare/Årtal	Titel	Orsak till exkludering
Butler, M. 2017	Exploring the Strategies That Midwives in British Columbia Use to promote Normal Birth	Beskriver hur barnmorskan främjar en normal förlossning
Millefer, F., Labrusse de, C., Cardia-Vonèche, L., Hohfeld, P. & Stoll, B 2015	Women and Healthcare Providers' Perceptions of a Midwife-Led Unit in a Swiss University Hospital: A Qualitative Study	Tar ej upp kontinuerlig närvaro, svarar således ej på syftet
Carolan-Olah, M., Kruger, G. & Garvey-Graham, A	Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia	Faktorer som främjar eller hindrar en normal förlossning
Romano, A.M. & Lothian, J.A 2007	Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence	Översiktsartikel, tar ej upp barnmorskans upplevelse av kontinuerlig närvaro
Styles, C. & Kearney, L 2019	Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: The experience of midwives and obstetricians	Svarar ej på syftet
Hadjigeorgiou, E. & Coxon, K 2014	In Cyprus "Midwifery is dying" ...A qualitative exploration of midwives perception of their role as advocates for normal childbirth	Svarar ej på syftet
Bradfield, K., Hauck, Y., Duggan, R. & Kelly, M 2018	Emissaries in a foreign land: Western Australian midwives' experiences of being "with woman" during labour and birth in the private obstetric model.	Gick ej att få i fulltext
Cheung, N. F., Mander, R., Wang, X., Fu, W., Zhou, H. & Zhang, L 2010	Views of Chinese Women and Health Professionals About Midwife-Led Care in China	Beskriver konceptet "two-to-one" care
Ricch, A., Rossi, F., Borogognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C. & Neri, I 2019	The Midwifery-Led Care Model: A Continuity of Care Model in the Birth Path	Undersöker effekterna av Caseload
Styles, C., Kearney, L. & George, K	Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: The experience of midwives and obstetricians	Upplevelsorna av att implementera ett nytt arbetssätt med kvinnan

Bilaga 4 Kvalitetsgranskningsmall

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

Total bedömning av studiekvalitet:

Artikel 1: Medelhög

Titel: Is a midwife’s continous presence during childbirth a matter of course? Midwife’s experience and thoughts about factors that may influence their continous support of women during labour	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	x			
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc): Kvalitativ metodik lämpar sig väl. En väldefinierad frågeställning.				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	x			
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	x			
c) Är kontexten tydligt beskriven?	x			
d) Finns relevant etiskt resonemang?	x			
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?		x		
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc): 1-30 års erfarenhet, merparten av karriär på förlossningsenhet.				

Forts. bilaga 4

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	x			
b) Är datainsamlingen relevant?	x			
c) Råder datamättnad?			x	
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?		x		
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc): Intervjuer 45-60min, hade en intervjuguide för att hålla sig inom ämnet.				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	x			
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	x			
c) Råder analysmättnad?			x	
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	x			
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	x			
b) Är resultatet begripligt?	x			
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	x			
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	x			
e) Genereras hypotes/teori/modell?		x		
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	x			
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?			x	
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc): Gjorde ansträngningar för att ta bortförutfattade meningar. De hade själva valt att delta, kan vara så att de är extra intresserade av att vara kontinuerligt närvarande.				

Total bedömning av studiekvalitet:

Artikel 3: Hög

Titel: Chines midwife's experience of providing continuity of care to labouring women	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	x			
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	x			
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?		x		
c) Är kontexten tydligt beskriven?	x			
d) Finns relevant etiskt resonemang?	x			
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?		x		
Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	x			
b) Är datainsamlingen relevant?	x			
c) Råder datamättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	x			
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	x			
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	x			
c) Råder analysmättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	x			

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	x			
b) Är resultatet begripligt?	x			
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	x			
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	x			
e) Genereras hypotes/teori/modell?	x			
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	x			
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	x			
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Total bedömning av studiekvalitet:
 Artikel 5: Medelhög

Titel: Midwife' lived experience of caring during childbirth- a phenomenological study	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	x			
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc): 10 barnmorskor, 7-38års arbetserfarenhet.				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	x			
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	x			
c) Är kontexten tydligt beskriven?	x			
d) Finns relevant etiskt resonemang?	x			
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	x			
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc): De ville ha erfarna barnmorskor för att få en djupare förståelse för fenomenet.				

Forts. bilaga 4

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
--	----	-----	--------	-------------

3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	x			
b) Är datainsamlingen relevant?	x			
c) Råder datamättnad?		x		
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?			x	
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc): Intervjuer som varade 30-60 min				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	x			
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	x			
c) Råder analysmättnad?			x	
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?			x	
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	x			
b) Är resultatet begripligt?	x			
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	x			
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	x			
e) Genereras hypotes/teori/modell?		x		
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	x			
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	x			
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Forts. Bilaga 4

Total bedömning av studiekvalitet:

Artikel 6: Medelhög

Midwives' perception of being "with woman": a phenomenological study	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	x			
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	x			
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	x			
c) Är kontexten tydligt beskriven?	x			
d) Finns relevant etiskt resonemang?		x		
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	x			
Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc): Deltagarna blev medvetet valda				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	x			
b) Är datainsamlingen relevant?	x			
c) Råder datamättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?		x		
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	x			
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	x			
c) Råder analysmättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?			x	

Forts. Bilaga 4

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	x			
b) Är resultatet begripligt?	x			
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	x			
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	x			
e) Genereras hypotes/teori/modell?			x	
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	x			
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	x			
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Forts. Bilaga 4

Total bedömning av studiekvalitet:
Artikel 8: Hög

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	x			
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	x			
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	x			
c) Är kontexten tydligt beskriven?	x			
d) Finns relevant etiskt resonemang?	x			
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	x			
Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc): Finns en relation som bedömts ej påverka resultatet. Arbetat mellan 5-35år som barnmorska på förlossningsavdelning senaste 12 månaderna.				

Forts. Bilaga 4

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	x			
b) Är datainsamlingen relevant?	x			
c) Råder datamätnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	x			
Kommentarer (datainsamling, datamätnad etc): Efter 7 intervjuer gjordes 3 ytterligare intervjuer för att konfirmera datamätnad.				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	x			
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	x			
c) Råder analysmättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	x			

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	x			
b) Är resultatet begripligt?	x			
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	x			
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	x			
e) Genereras hypotes/teori/modell?			x	
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	x			
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	x			
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Forts. Bilaga 4

Total bedömning av studiekvalitet:

Artikel 10: Hög

Midwives "with woman" in the private obstetric model: Where divergent philosophies meet	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	x			
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	x			
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	x			
c) Är kontexten tydligt beskriven?	x			
d) Finns relevant etiskt resonemang?			x	
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	x			
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc): 11 barnmorskor som arbetat mellan 3-31år				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	x			
b) Är datainsamlingen relevant?	x			
c) Råder datamättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	x			
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc): Djupintervjuer som varade 45-80min				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	x			
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	x			
c) Råder analysmättnad?	x			
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	x			
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				

Forts. Bilaga 4

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	x			
b) Är resultatet begripligt?	x			
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	x			
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?			x	
e) Genereras hypotes/teori/modell?		x		
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	x			
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	x			
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				