



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARNMORSKANS HANDLÄGGNING AV EFTERBÖRDSSKEDET

En observationsstudie med efterföljande intervju

**Författare: Eklind Johansson, Rebecca
Eriksson, Amanda**

Examensarbete:	15 högskolepoäng
Kurs:	Examensarbete i Reproduktiv och Perinatal Hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Eva Lidén

Titel:	Barnmorskans handläggning av efterbördsskedet – en observationsstudie med efterföljande intervju
English title:	The midwives management of the third stage of labour - observational study with a follow up interview
Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program och kurs:	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i Reproduktiv och Perinatal Hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Eva Lidén
Nyckelord:	Barnmorska, efterbördsskede, handläggning, kommunikation, kvinna.

Sammanfattning

Bakgrund: Barnmorskan ansvarar självständigt för handläggning av normal graviditet, förlossning och eftervård samt identifikation och bedömning av avvikelser. Förlossningsprocessen avslutas med efterbördsskedet som startar när barnet är förlöst och avslutas när placenta samt fosterhinnor är framfödda. Efterbördsskedet kan handläggas utifrån två olika metoder, aktiv och avvaktande handläggning. Mest förekommande ses en kombination av metoderna. Barnmorskans handläggning har studerats och utvecklats utifrån studier för att hitta en metod som bidrar till en så liten postpartumblödning som möjligt. **Syfte:** Syftet är att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet. **Metod:** En kvalitativ observationsstudie med efterföljande intervju har genomförts med tio barnmorskor verksamma inom förlossningsvården i Västsverige. Innehållsanalys har använts för att tolka och sammanställa resultatet. **Resultat:** Tre huvudkategorier identifierades; handläggning i väntan på placenta, främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus, barnmorskan informerar och kommunicerar. **Slutsats:** Resultatet visar att barnmorskor handlägger efterbördsskedet på olika sätt samt att barnmorskorna i studien kombinerar metoderna och/eller använder sig av tekniker som inte ingår i varken aktiv eller avvaktande handläggning. Då barnmorskan inte berättar om hur själva handläggningen går till, innebär det att den födande kvinnan inte blir delaktig och kan därför inte ta ett aktivt beslut. **Nyckelord:** Barnmorska, efterbördsskede, handläggning, kommunikation, kvinna.

Abstract

Background: The midwife is independently responsible for managing normal pregnancies, deliveries, postnatal care and identification and determination of abnormalities. The process of delivery ends with the third stage of labour which starts when the baby is born and ends when the placenta and extraembryonic membranes are delivered. The third stage of labour can be managed based on two different methods, active and expectant management. Most common is a combination of the two methods. The midwives management has been studied and developed based on studies, to find a method that contributes to a minimal postpartum hemorrhage. **Aim:** The aim of the study is to describe how the midwife manages the third stage of labour. **Method:** A qualitative observational study with a follow up interview has been implemented with ten professional midwives working with midwifery in Western Sweden. A content analysis has been used to interpret and conclude the result. **Result:** Three main categories were identified; managing the waiting before the delivery of the placenta, to encourage the delivery of the placenta and supervision of the uterus, the midwife gives information and communicate. **Conclusion:** The result shows that midwives manage the third stage of labour in different ways and they are combining the methods and/or use techniques that aren't included in neither active nor expectant management. The midwives personal opinions and choice of management is not shared with the woman. Therefore, the woman can't make an active decision without information and insight of the different methods. **Keywords:** Midwife, third stage of labour, management, communication, woman.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Professionellt ansvar och delaktighet.....	1
Empowerment.....	2
Efterbördsskedet.....	2
Aktiv handläggning av efterbördsskedet.....	2
Tidigare forskning om aktiv handläggning.....	3
Avvaktande handläggning av efterbördsskedet.....	3
Tidigare forskning om avvaktande handläggning.....	4
Postpartumblödning.....	4
Tidigare forskning om postpartumblödning.....	4
Västra götalandregionens riktlinjer för att förebygga postpartumblödning.....	4
Problemformulering.....	5
Syfte.....	5
Metod.....	5
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys.....	7
Tabell 1. Exempel på analysprocess.....	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	9
Tabell 2. Översikt av kategorier.....	9
Handläggning i väntan på placenta.....	10
Placera barnet hud-mot-hud.....	10
Administrering av uterussammandragande medel.....	10
Beslut om avnavling.....	11
Iakttar tecken.....	11
Palpering av uterus innan avgång.....	12
Främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus.....	12
Dragning i navelsträng.....	12
Uterusmassage för att förebygga blödning.....	13
Barnmorskan informerar och kommunicerar.....	13
Barnmorskans information om handläggning under efterbördsskedet.....	13
Barnmorskans bekräftelse och kommunikation.....	14

Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	16
Handläggning i väntan på placenta	16
Placera barnet hud-mot-hud	16
Administrering av uterusammandragande medel.....	17
Beslut om avnavling.....	18
Palpering av uterus innan placenta.....	18
Främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus.....	18
Dragning i navelsträng	18
Uterusmassage för att förebygga blödning	19
Barnmorskan informerar och kommunicerar	19
Slutsats	19
Reflektion och vidare forskning	19
Referenslista.....	21
Bilaga 1 – Checklista handläggning av efterbördsskedet	
Bilaga 2 – Checklista kommunikation/information under efterbördsskedet	
Bilaga 3 – Information till vårdenhetschef	
Bilaga 4 – Inbjudan om deltagande till barnmorskan	
Bilaga 5 – Inbjudan om deltagande till patienten	

Inledning

Efterbördsskedet är det tredje och sista stadiet av förlossningen och startar när barnet är fött och avslutas när placenta (moderkakan) samt fosterhinnor är framfödda. Handläggning av efterbördsskedet har till syfte att bidra till en så liten postpartumblödning som möjligt. Det finns två olika metoder för att handlägga efterbördsskedet, aktiv och avvaktande handläggning. Hur barnmorskan handlägger samt informerar under efterbördsskedet kan variera. Teoretisk och praktisk kunskap om handläggning av efterbördsskedet utvecklas under barnmorskeutbildning samt med stöd av handledande barnmorskor. Som barnmorskestudenter har en kombination av aktiv och avvaktande handläggning setts hos handledande barnmorskor, trots att aktiv handläggning rekommenderas. Tidigare har intervjustudier utförts där barnmorskan själv beskriver sin handläggning av efterbördsskedet, dock finns ingen observationsstudie. Baserat på ovanstående är syftet med studien att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet med hjälp av observation.

Bakgrund

I Socialstyrelsens (2006) kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor beskrivs barnmorskans kompetensområden sexuell och reproduktiv hälsa, forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation. Barnmorskan ansvarar självständigt för handläggning av normal graviditet, förlossning och eftervård samt identifikation och bedömning av avvikelser. Barnmorskans arbete innebär att utifrån evidens och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659) främja stöd, trygghet och kontinuitet vid förlossning samt anknytning mellan förälder och barn. Det engelska ordet för barnmorska är midwife, vilket betyder "med kvinna" och belyser vårdrelationen, stöd och hjälp för att hälsa ska uppnås (Berg, 2010).

Professionellt ansvar och delaktighet

Ett professionellt ansvar innebär att arbeta utifrån vetenskap och beprövade erfarenhet så patienten får korrekt behandling. Ett vårdande ansvar innebär att stå till svars för sina handlingar i alla situationer där patienten står i fokus. Ansvar är ett juridiskt och etiskt krav vilket innebär en skyldighet mot sig själv och sina medmänniskor. Vid ett professionellt ansvar görs patienten delaktig i sin vård (Sjögren, 2012). Delaktighet är en av grundstenarna i alla möten inom vården (Bülow, Persson Thunqvist & Sandén, 2012). I enlighet med patientsäkerhetslagen ska vården i så stor utsträckning som det går utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 2010:659). I mötet mellan barnmorska och patienten sker ett institutionellt möte, vilket innebär att barnmorskan vanligtvis har ett kunskaps- och maktövertag gentemot patienten. Barnmorskans specialistkunskap tillsammans med patientens begränsade kunskaper skapar ett hinder för delaktighet samtidigt som olikheterna är en förutsättning för själva mötet (Bülow et al., 2012). Samtal och kommunikation är grundläggande för att kunna ge god, trygg och säker vård. Barnmorskan använder sig av kommunikation för att öka patientens kunskap och delaktighet i de beslut som tas kring vården (Persson Thunqvist, Sandén & Bülow, 2012). Patienten ska få information, kunskap, stöd och vägledning för att kunna fatta beslut angående

sin vård. Relationen mellan den födande och barnmorska kan beskrivas som ett verktyg för vårdandet och utgör grunden för en god vård (Berg, 2010). Det är av största vikt att patientens åsikt eller önskan tydliggörs och det är barnmorskans uppgift att vara ett språkrör. Begreppet vårdande kommunikation utgör både ett medel och ett mål för att skapa en god vårdrelation. För att förstå patientens verklighet och upplevelse krävs en god, kontinuerlig dialog och kommunikation (Fredriksson, 2012). Under hela förlossningsprocessen är det barnmorskans ansvar att göra den födande delaktig i processen och dess utveckling (Begley, 2014).

Empowerment

Barnmorskan strävar efter öppenhet och förståelse för den födandes livsvärld vilket innefattar hennes verklighet, relationer, tidigare upplevelser och erfarenheter. Personcentrerad vård innebär att vården ska bedrivas i dialog och med respekt för den födande och hennes behov samt göra henne delaktig i beslut (Berg, 2010). Empowerment (egenmakt) syftar till att individen har makt över sin situation och med hjälp av kunskap från vården fatta beslut. Empowerment belyser olika sätt att stärka och stödja den födandes egna resurser; kunskaper, känslor, tidigare erfarenheter om sin kropp och graviditeter samt moral och livsstil (MacDonald, 2016). Under förlossningens olika faser befinner sig den födande i en övergång till att bli mamma och barnmorskans uppgift är då att skapa trygghet och ge förutsättning för en personcentrerad vård (Berg, 2010).

Efterbördsskedet

Efterbördsskedet är det tredje och sista stadiet av förlossningen och startar när barnet är förlöst och avslutas när placenta samt fosterhinnor är framfödda. Efterbördsskedet varar normalt mellan 10 och 15 minuter. Tecken på att placenta har släppt från uterusväggen (livmoderväggen) kan vara lösningsblödning, uterus toppar sig samt att den födande upplever sammandragning eller tryck nedåt. Barnmorskans handläggning har studerats och utvecklats med hjälp av studier för att hitta en metod som bidrar till en så liten postpartumblödning (blödning efter födsel) som möjligt (Begley, 2014; Lindgren & Wiklund, 2016). I Sverige rekommenderas uterusammandragande medel i profylaktiskt syfte för att minska postpartumblödning (Lindgren & Wiklund, 2016). Efterbördsskedets handläggning grundar sig i två olika metoder, aktiv och avvaktande handläggning. Barnmorskan utför aktiv, avvaktande eller en kombination av båda typerna av handläggande (Begley, 2014; Lindgren & Wiklund, 2016). Vilket handläggande som utförs beror på den födandes önskan, som kan vara påverkad av bland annat religion, filosofi och kultur. Vilken typ av handläggande som är möjlig att utföras varierar beroende på genomgången graviditet samt hur förlossningen fortgått fram till efterbördsskedet (Begley, 2014). Den födande har rätt till information om fördelar och nackdelar med båda metoderna (Begley, Gyte, Devane, McGuire & Weeks, 2015).

Aktiv handläggning av efterbördsskedet

Aktiv handläggning av efterbördsskedet inkluderar administrering av uterusammandragande medel i direkt anslutning till att barnet är framfött. Avnavling utförs efter minst tre minuter, navelsträngen klampas och klipps av. Vidare utförs kontrollerad dragning av navelsträngen vilket innebär tryck på uterus strax ovan symfyssen samtidigt som ett lätt drag i navelsträngen

utförs, i samband med att den födande krystar eller vid en uterusammandragning (Begley, 2014).

Tidigare forskning om aktiv handläggning

Administrering av uterusammandragande medel, en minut efter att barnet har fötts fram, leder till minskad blödning postpartum. Flera studier som gjorts på administrering av uterusammandragande medel, Oxytocin, under efterbördsskedet visar att postpartumblödning kan minska med hela 40 % (Castro Parreira & Gomes, 2013; Begley et al., 2015). Kvinnor vars efterbördsskede handläggs aktivt blöder mindre postpartum jämfört med avvaktande handläggning (Jangsten, Mattsson, Lyckestam, Hellström & Berg, 2011; Castro Parreira & Gomes, 2013; Begley et al., 2015). Ett aktivt handläggande under efterbördsskedet upplevs inte mer smärtsamt jämfört med ett avvaktande handläggande (Jangsten, Bergh, Mattsson, Hellström & Berg, 2011; Begley et al., 2015). Enligt World Health Organisation (WHO) rekommenderas avnavling efter 3 minuter (WHO, 2012). Vid sen avnavling, vilket definieras som avnavling efter två till tre minuter eller när pulsationer i navelsträng har avstannat, ses ett signifikant högre järnvärde samt en mindre förekomst av järnbrist vid fyra månaders ålder hos barnet. På barnindikation såsom vid behov av andningsstöd eller återupplivning utförs tidig avnavling, vilket innebär avnavling direkt efter barnets födsel eller inom tre minuter efter förlossning (Andersson, Hellström-Westas, Andersson & Domellöf, 2011). Avnavling inom eller efter tre minuter påverkar inte den födandes blodförlust (Andersson, Hellström-Westas, Andersson, Clausen, Domellöf, 2013). Enligt Hofmeyr, Mshweshwe och Gülmezoglu (2015) leder kontrollerad dragning i navelsträng till minskad risk för manuell placentalösning om dragning utförs på ett korrekt sätt. Huruvida handläggning leder till minskad postpartumblödning är fördelarna med kontrollerad dragning i navelsträng för få för att det ska vara av värde att utbilda personal i metoden. Skulle kontrollerad dragning av navelsträng utelämnas ur aktiv handläggning skulle postpartumblödning inte öka. Uterusmassage är ett moment som utförs direkt efter att placenta avgått i syfte att känna om uterus kontraherar samt att hjälpa stora koagel ut (Begley, 2014). Uterusmassage rekommenderas av WHO (2012), International Confederation of Midwives (ICM) och The International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) (2004). Enligt Castro Parreira och Gomes (2013) kan mängden postpartumblödning minska ytterligare vid uterusmassage och bör således ingå i aktiv handläggning.

Avvaktande handläggning av efterbördsskedet

Vid avvaktande handläggning fokuserar barnmorskan på att handlägga efterbördsskedet fysiologiskt, om omständigheterna tillåter. Barnmorskan observerar kroppens tecken på att placenta släppt från uterusväggen samtidigt som mor-barn-kontakten främjas (Hastie & Fahy, 2009; Begley et al., 2012). Vid avvaktande handläggning utförs sen avnavling, navelsträngen klipps efter minst tre minuter eller efter att pulsationer i navelsträngen har avstannat (Begley et al., 2012). Det är av stor vikt att skapa en lugn, trygg och varm miljö med hjälp av dämpad belysning, varma textilier samt lugnt bemötande (Hastie & Fahy, 2009; Begley et al., 2012). Barnet ska alltid ligga hud-mot-hud, modern ska tillsammans med barnmorskan observera barnets signaler och rörelser (Hastie & Fahy, 2009; Martin Casado & Viudes Coloma, 2010).

Tidigare forskning om avvaktande handläggning

Vid avvaktande handläggning belyses vikten av att inte massera och röra uterus eller dra i navelsträngen innan placenta har släppt uterusväggen (Hastie & Fahy, 2009). Barnmorska eller obstetriker uppmanar den födande att inta en upprest position och använda sig av tyngdlagen för att förlösa placenta, vilket kan leda till ett kortare efterbördsskede. Tyngdlagen kan användas genom squatting position (huksittande) eller annan upprest position. Placenta förlöses med hjälp av upprest position när den födande krystar eller med hjälp av ett lätt drag i navelsträngen om barnmorskan kan säkerställa att placenta släppt från uterusväggen (Begley et al., 2012). Hud-mot-hud bidrar till en naturligt oxytocin stimulans som hjälper uterus att dra sig samman efter placenta fötts fram (Hastie & Fahy, 2009; Martin Casado & Viudes Coloma, 2010). Alternativa metoder såsom akupunktur kan användas under efterbördsskedet, exempelvis när placenta inte avgår. Akupunktur kan förkorta tidsförloppet, är ofta komplikationsfritt, lätt att genomföra och upplevs inte som smärtsamt (López-Garrido, García-Gonzalo, Patrón-Rodríguez, Marlasca-Gutiérrez, Gil-Pita & Toro-Flores, 2015).

Postpartumblödning

En patologisk postpartumblödning definieras som en blödning på över 1000 ml (Lindgren & Wiklund, 2016). Postpartumblödning delas in i primär och sekundär blödning. Primär postpartumblödning innebär den totala blödningsmängden inom 24 timmar efter en förlossning och sekundär postpartumblödning definieras som ökad blödning efter 24 timmar och upp till 12 veckor postpartum (Begley, 2014).

Tidigare forskning om postpartumblödning

De vanligaste orsakerna till postpartumblödning är uterusatoni, kvarhållen placenta, trauma eller koagulationsrubning (Begley, 2014). Risken för postpartumblödning ökar vid ett efterbördsskede som varat i över 20 minuter (Frolova, Stout, Tuuli, López, Macones & Cahill, 2016). Ytterligare riskfaktorer som kan leda till ökad postpartumblödning är att den födande är förstföderska och att fostret har en hög kroppsvikt (Biguzzi, Franchi, Ambrogi, Ibrahim, Bucciarelli, Acaia, Radaelli, Biganzoli & Mannucci, 2011). Enligt Oberg, Hernandez-Diaz, Palmsten, Almqvist och Bateman (2014) ökar risken för stor postpartumblödning om den födande tidigare drabbats av en patologisk postpartumblödning. Har den födande genomgått två patologiska postpartumblödningar ökar risken ytterligare för att drabbas vid nästkommande förlossning. Tecken på postpartumblödning är visuell blödning och maternell cirkulatorisk kollaps. Vid ökad risk eller visuell postpartumblödning ges uterussammandragande medel intravenöst och kan vid behov upprepas (Begley, 2014). För att möjliggöra snabb administrering av livmodersammandragande medel sätts en perifer venkateter (PVK) hos de födande när de skrivs in på förlossningsenheten (Jangsten, Hellström, Berg, 2010). Om placenta inte släpper från uterusväggen finns en ökad risk för en större postpartumblödning (Castro Parreira & Gomes, 2013; Begley et al., 2015).

Västra götlandsregionens riktlinjer för att förebygga postpartumblödning

För att förebygga postpartumblödning har Västra Götalandsregionen (2015) utformat riktlinjer för handläggning av efterbördsskedet vid vaginal förlossning. Riktlinjerna beskriver att ett

normalt efterbördsskede varar i 30 minuter och ett förlängt efterbördsskede ökar risken för stor blödning. All blödning ska kontinuerligt mätas vilket görs med hjälp av vägning. Följande sex punkter erbjuds till alla vaginalt förlösta:

1. Intramuskulär injektion av Oxytocin en till två minuter efter partus.
2. Sen avnavling (avnavling efter 2–3 minuter).
3. Kontrollerad dragning av navelsträng vid tecken på att placenta lossnat. Vid uteblivna tecken på placentaavlossning rekommenderas avvaktande palpation av uterus i fem till tio minuter, därefter utförs kontrollerad dragning i navelsträng.
4. Barnet placeras hud mot hud med den födande.
5. Urinblåsan töms.
6. Upprepade injektion av Oxytocin intravenöst om placenta ej avgått. Vid blödning ges Oxytocin tidigare.

Problemformulering

Blödning i samband med förlossning är en av de vanligaste orsakerna till mödradödlighet globalt. I Sverige är dödsfall orsakad av stor blodförlust ovanligt. För att minska postpartumblödning under efterbördsskedet har flera studier gjorts som visar att aktiv handläggning under efterbördsskedet är den mest effektiva metoden. De två metoder som jämförts är aktiv och avvaktande handläggning. Vilken handläggningsmetod barnmorskorna väljer att använda varierar enligt tidigare studier samt iakttagande som barnmorskestudenter. Tidigare studier som har gjorts beskriver barnmorskors upplevelse av sin handläggning av efterbördsskedet, vilket visar att barnmorskor handlägger olika. Dock har ingen observationsstudie utförts. Då efterbördsskedet är en viktig del av barnmorskans handläggning vid förlossning är det av stor vikt att området observeras.

Syfte

Studiens syfte är att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet.

Metod

I en observationsstudie observerar observatören det som sker, lyssnar på vad som sägs och ställer frågor vid en förutbestämd tidpunkt. Observationsstudier delas in i två olika typer, systematisk och deltagande observation (Polit & Tatano, 2011; Denscombe, 2016). Systematisk observation förknippas med kvantitativ datainsamling och statistisk analys. Deltagande observation kännetecknas av att förstå andra människors perspektiv och erfarenheter. Den egna förförståelsen måste medvetandegöras för att förutsättningslöst tolka och beskriva en situation (Denscombe, 2016). Observatören kan observera utifrån två olika roller, öppen eller dold roll.

En öppen roll innebär att de personer som medverkar i studien är informerade om att observation sker. Den dolda rollen innebär istället att observatören utger sig för en annan roll, som deltagarna ej är informerade om. För att minimera störande moment under observationen ligger fokus på att bevara den naturliga miljön. Det finns flera fördelar med att vara två observatörer som studerar samma händelse då de har olika erfarenheter och sannolikt kommer presentera två olika perspektiv av samma händelse (Polit & Tatano, 2011; Denscombe, 2016). I den aktuella studien deltar observatörer vilket innebär att deras roll är öppet känd och observatörerna följer vald händelse med egna ögon.

En förskriven checklista kan användas i en observationsstudie för att observatörerna ska vara observanta på samma delar och aspekter under observationen (Polit & Tatano, 2011). Vid utformandet av studiens checklistor användes litteratur som beskriver efterbördsskedets olika delar och handläggningsmetoder (Begley, 2014; Lindgren & Wiklund, 2016; Castro Parreira & Gomes, 2013; Begley et al., 2015; Hastie & Fahy, 2009). Med hjälp av handledare och egna erfarenheter sattes slutligen checklistor samman. Efter observation utförs efterföljande intervju med förlösande barnmorska för att ställa frågor kring handläggning av efterbördsskedet. Frågorna bestäms i förväg och innefattar huruvida förloppet var normalt samt om handläggningsmetod avvek från hens vanliga arbetssätt. Frågorna ställs på förlossningsklinik och under en förutbestämd tidpunkt för att inte integrera under observationen (Polit & Tatano, 2011).

En deltagande observationsstudie används som forskningsmetod för att observera handläggning av efterbördsskedet samt ett direkt efterföljande intervju med förlösande barnmorska. En kvalitativ observation användes som insamlingsmetod för att beskriva och analysera karaktärsdrag, egenskaper eller kvaliteter hos de personer som studerats. Det sker genom samtal eller observation där målet är att utveckla ny kunskap (Mälteri, 2014; Polit & Tatano, 2011).

Urval

Observationsstudien utfördes dagtid på förlossningsavdelning. De barnmorskor som inkluderades i studien var yrkesverksamma inom förlossningsvården i Västsverige samt var okända individer för observatörerna. Inklusionskriterierna för de födande kvinnorna i studien var både förstföderskor och omföderskor med fullgången graviditet (graviditetsvecka 37+0 till 41+6) samt att förlossningsförloppet var normalt. Sektionsledaren valde ut barnmorskor som arbetade under det arbetspass då studien utfördes och som tackade ja till att delta. Urvalet av födande kvinnor utfördes strategiskt då observatörerna informerat sektionsledare om studiens mål med att eliminera kvinnor med komplicerade graviditeter och pågående förlossningsförlopp. Ett strategiskt urval utförs då studien önskar att få fram en generell slutsats utifrån en relativt liten och specifik grupp (Polit & Tatano, 2011).

Datainsamling

Efter skriftligt och muntligt samtycke, från barnmorska och patient, utfördes datainsamling genom observation av tio barnmorskors handläggning av efterbördsskedet. Sektionsledaren valde ut barnmorskor som ansvarade för en födande i aktivt förlossningsskede, med en spontan

förlossningsstart och normal graviditet. Observatörerna samtalade med och informerade ansvarig barnmorska angående observationen, som i sin tur informerade patienten. Vid muntligt godkännande från patienten presenterade sig observatörerna samt gav muntligt och skriftlig information kring studiens syfte. När assisterande barnmorska tillkallades till förlossningsrummet anslöt även observatörerna, cirka fem till tio minuter innan partus. Då observatörerna redan befann sig på rummet vid partus, när efterbördsskedet börjar, kunde observationen påbörjas direkt. Observatörerna stod längst bak i förlossningsrummet och observerade därifrån hur barnmorskan handlade och kommunicerade under efterbördsskedet, även den födande och hennes anhörigas känslor observerades. Två olika checklistor användes under observationen, där den ena lyfte kommunikationen mellan barnmorska och den födande medan den andra fokuserade på barnmorskans praktiska handläggning. Observatörerna ansvarade och fyllde i varsitt exemplar av de båda checklistor (Bilaga 1 och 2).

Tio barnmorskor deltog i observationsstudien och medelvärdet för deras yrkeserfarenhet var 16 år. Sju av de tio kvinnorna, vars efterbördsskeden observerades, var förstföderskor. De tre omföderskor som ingick i studien födde sitt andra, fjärde respektive femte barn. Alla observerade efterbördsskeden bedömdes som normala enligt förlösande barnmorska och tog sammanlagt mellan fem och elva minuter. Observatörerna gick in på förlossningsrummet mellan fem och tio minuter innan partus och kunde därför börja observera direkt när efterbördsskedet startade. Intervjun med barnmorskan utfördes mellan 30–60 minuter efter avslutat efterbördsskede, intervjun bestod av fyra förutbestämda frågor (Bilaga 1) samt tog mellan fem och tio minuter. Tidsåtgången för observationen samt efterföljande intervju var 30 minuter per observation.

Dataanalys

Vid insamling av kvalitativa data kan observatörens förförståelse inte uteslutas då jaget utgör en viktig del i produktion och vid tolkning av data (Denscombe, 2016). Data produceras samtidigt som observatören analyserar och tolkar (Polit & Tatano, 2011). Jagets påverkan hanteras på två olika sätt antingen genom att observatören distanserar sig från sin tidigare erfarenhet och förförståelse eller tydligt redogör för hur förförståelse och tidigare erfarenhet har format studien (Denscombe, 2016). För att underlätta datainsamlingen och i sin tur analysen, kan checklista användas för att ge tydlig struktur och liknande förutsättningar vid alla observationer. Studiens metod, trovärdighet, slutsats samt tillförlitlighet ska motiveras och observatörens objektivitet ska ifrågasättas (Polit & Tatano, 2011).

I aktuell studie användes innehållsanalys som metod för att analysera data. Metoden användes för att vidare kunna tolka insamlade data (Polit & Tatano, 2011; Denscombe, 2016). Analysenheten, som består av två checklistor och efterföljande intervju, lästes igenom flera gånger av båda observatörerna för att förstå textens ursprung och sammanhang (Lundman & Hellgren-Graneheim, 2012). För att identifiera likheter och skillnader i analysenheten användes Graneheim och Lundmans mall för innehållsanalys. Meningsbärande enheter togs ut ur analysenheten, checklistor och korta intervjusvar, genom färgkodning som vidare kondenserades till meningsenheter. I checklistan för barnmorskans handläggning fanns redan

kondenserade meningsenheter då checklistan beskriver konkreta moment. Checklistan för barnmorskans kommunikation samt intervjusvar analyserades genom framtagning av kondenserade meningsenheter. Ur de kondenserade meningsenheterna togs koder fram. Koder med liknande innehåll fördes samman med hjälp av färgkodning och bildade nio underkategorier och tre huvudkategorier (Tabell 1) (Graneheim & Lundman, 2004). För att öka studiens trovärdighet jämfördes resultatet med den ursprungliga analysenheten (Graneheim & Lundman, 2004). För att exemplifiera innehållet i kategorierna har lämpliga citat valts ut ur observationerna (Elo & Kygnäs, 2008). Citaten är tagna både från observerad kommunikation mellan barnmorska och kvinna samt från intervju med barnmorska. Citaten är avidentifierade för att upprätthålla informanternas sekretess.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Analysenheter	Koder	Underkategorier	Huvudkategorier
<p>Checklista – handläggning av efterbördsskedet: Dragning i navelsträng Kontrollerad dragning i navelsträng (CCT) Tryck mot fundus Tryck mot fundus + CCT Uppmana till att krysta Förlösa placenta med sammandragning Uterusmassage under efterbördsskedet</p> <p>Checklista kommunikation: Uppmanar kvinnan till att krysta. Uppmanar kvinnan till att hosta. Nu drar jag i navelsträngen.</p> <p>Intervjufrågor: Blivit upplärda med tekniken dragning i navelsträng. Det fungerar bra. Trycker över fundus och drar i navelsträng, blivit upplärd så. Drag i navelsträng kan orsaka en större blödning. Utför ordentlig uterusmassage. Önskar att se till att livmodern drar ihop sig och få ut stora koagel. Beskriver vikten av bedömning av placenta.</p>	Dragning i navelsträng Funduspress Kontrollerad dragning i navelsträng Förlösa placenta med sammandragning Uppmana till att krysta vid placentaavgång Uppmana till att hosta vid placentaavgång Uterusmassage	Dragning i navelsträng Uterusmassage för att förebygga blödning	Främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus

Etiska överväganden

Lagen (2003:460) etikprövning av forskning som avser människor innehåller bestämmelser om människor och biologiskt material från människor. Lagen belyser samtycke till forskning och syftet är att skydda och respektera den enskilda människan och dess värde.

Aktuella verksamhetschefer kontaktades inför studien där skriftlig information lämnats samt tillstånd för studiens genomförande godkända. Observatörerna har skrivit under sekretessavtal. De födande som deltar i studien blev tillfrågade om ett deltagande av ansvarig barnmorska och fick då en möjlighet att avstå utan att behöva ha kontakt med observatörerna. Observatörerna hade för avsikt att presentera sig för den födande i ett så lugnt skede av förlossningen som möjligt för att främja integritet och egen bestämmanderätt. Den information som framkom under observationen samt efterföljande intervju användes endast i studiesyfte. Endast handledare och observatörerna hade tillgång till material som ingick i studien. Hantering av personuppgifter reglerades utifrån personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att avidentifiera enskilda individer i studien ersattes personuppgifter med nummer. Deltagande i studien var frivilligt samt att barnmorskan och den födande kunde när som helst välja att avbryta sin medverkan. Forskningstillstånd samt deltagarinformation bifogas i bilaga 3, 4 och 5.

Positiva effekter som kunde uppstå genom studien var att barnmorskor blir medvetna om hur de handlägger efterbördsskedet och varför. Studiens nytta är att barnmorskor får en möjlighet att ta del av varandras kunskap och därmed vidga sitt perspektiv. Risker med studiens observation var att observatörerna står i vägen för barnmorskans arbete, att barnmorskan känner sig kränkt av att bli iakttagen eller att den födande upplever att det är för många personer på förlossningssalen.

Resultat

Tabell 2. Översikt av kategorier

De olika kategorierna beskriver barnmorskans handläggning och kommunikation under efterbördsskedet.

Underkategorier	Huvudkategorier
Placera barnet hud-mot-hud	Handläggning i väntan på placenta
Administrering av uterussammandragande medel	
Beslut om avnavling	
Iakttar tecken	
Palpering av uterus innan avgång	

Dragning i navelsträng Uterusmassage för att förebygga blödning	Främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus
Barnmorskans information om handläggning under efterbördsskedet Barnmorskans bekräftelse och kommunikation	Barnmorskan informerar och kommunicerar

Handläggning i väntan på placenta

Huvudkategorin är utformad av de sex underkategorierna: *placera barnet hud-mot-hud, administrering av uterussammandragande medel, beslut om avnavling, iakttar tecken samt palpering av uterus innan avgång.*

Placera barnet hud-mot-hud

När barnet är förlöst lägger samtliga barnmorskor upp barnet direkt mellan den födandes bröst. Den tid det tar innan barnet läggs hud-mot-hud varierar mellan noll och tre minuter. Fördröjning av hud-mot-hud beror på barnets behov av avtorkning eller att navelsträngsblod ska sparas. K-vitamin ges till alla barn som blödningsprofylax med motivering att alla nyfödda får eller erbjuds K-vitamin. Barnets signaler och färdigheter bekräftas av barnmorskorna som delger föräldrarna informationen. Barnmorskorna berättar för föräldrarna hur barnet mår samt att barnets skrik är bra för dess lungfunktion. Den födande bekräftas av barnmorskorna både fysiskt och verbalt. Fysisk bekräftelse visas genom att vara fysiskt nära kvinnan. Barnmorskorna ger verbal bekräftelse genom att berömma kvinnans prestation.

“Stort grattis och bra jobbat, nu har du blivit mamma, vilken fin bebis ni har fått”

Administrering av uterussammandragande medel

Majoriteten av barnmorskorna väntar en till fyra minuter innan de ger Oxytocin intramuskulärt och hänvisar till klinikens riktlinjer. När barnmorskorna förlöser en mångföderska är de mer aktiva med att ge extra doser med Oxytocin. Ett fåtal barnmorskor väljer att inte ge Oxytocin och motiverar handlingen med att de alltid avvaktar tio minuter för att göra en bedömning av blödning, vid sparsam blödning ges inte Oxytocin. Barnmorskorna menar att det kan inge en falsk trygghet.

“Jag väntar alltid tio minuter innan jag överväger att ge Oxytocin, om det inte blöder ger jag det inte. Jag har inga stora blödningar, skulle jag ha det hade jag behövt tänka om”

Vid amning sker en naturlig frisättning av oxytocin, dock uppmuntrar barnmorskorna sällan kvinnan till att lägga barnet till bröstet. De flesta barnmorskor palperar inte uterus innan de ger injektion Oxytocin.

Beslut om avnavling

ID-band med ett förtryckt nummer, appliceras på barnet och kvinnan under efterbördsskedet. Majoriteten av barnmorskorna väljer att applicera ID-band efter avnavling. Att avvakta med ID-band motiveras med att det ofta är stressigt under efterbördsskedet och barnmorskan prioriterar därför bort momentet. Om barnet är i behov av vård och separeras från sina föräldrar prioriterar barnmorskorna att ID-märka innan avnavling för att minska risken för identifikationsproblematik. Palpering av navelsträng innan avnavling ses hos ett flertal barnmorskor. De beskriver att palpation utförs för att kunna vänta med avnavling tills navelsträngsblodet har pulserat klart in i barnet. Navelsträngen palperas upprepade gånger tills pulsationerna avstannat helt eller så avvaktar barnmorskan mellan fem och tio minuter oberoende av pulsationer.

”Blodet behöver pulsera in i barnet, det leder till ett bättre blodvärde hos barnet”

Vid specifika önskemål från föräldrarna, såsom bevarande av navelsträngsblod, beskriver barnmorskan att hon utför avnavling efter en minut postpartum. Föräldrarnas särskilda önskemål går före trots att barnmorskan vanligtvis brukar avnavla efter minst tre minuter. Det är vanligt förekommande att avnavling sker efter minst tre minuter. Majoriteten av barnmorskorna avnavlar efter fyra till tio minuter. Ett fåtal väljer att avlägsna peangen från navelsträngens del, som fäster i placenta, efter avnavling och förklarar handläggning med att placenta lättare lossnar från uterusväggen. En del barnmorskor berättar att om placenta inte lossnar inom 20 minuter avlägsnas peangen först då, i hopp om att placenta ska avgå. Den födande kvinnan tillfrågas inte huruvida hon önskar en specifik handläggning kring avnavlingen. En del barnmorskor förlöser placenta innan avnavling utförts, placenta och barn är då fortfarande förenade genom navelsträngen. Barnmorskorna beskriver att om barnet är dåligt och är i behov av vård utförs alltid tidig avnavling för att kunna förflytta barnet. Framfödande av placenta innan avnavling är då inte möjligt.

“Vid normal blödning avnavlar jag inte innan placenta är förlöst, det är min grej”

laktar tecken

Några barnmorskor beskriver att de tittar efter tecken på att placenta lossnat från uterusväggen. De avvaktar tills en lösningsblödning ses eller att uterus toppat sig (ändrar form), först då finns vetskap om att placenta släppt. Barnmorskorna berättar även att kvinnan vanligtvis brukar känna att uterus börjar dra ihop sig och säger att något känns annorlunda. Barnmorskorna beskriver att de tittar efter en kombination av kroppens tecken på att placenta avgått.

”Egentligen behöver man inte använda sig av palpering eller drag i navelsträngen, kroppen visar tydligt när placenta släppt uterusväggen”

Ett fåtal barnmorskor beskriver att de avvaktar med vidare handläggning i väntan på att placenta ska visa tecken på att den har släppt från uterusväggen. I vissa fall läggs en transkutan pudendusblockad (bäckenbottenbedövning) i väntan på att placenta ska avgå och förklaras med

att bedövningen ska hinna verka inför suturering. För att inte påskynda förloppet sätter sig vissa barnmorskor ner på en stol bredvid kvinnan och småpratar samt ger information. I ytterst få fall informeras kvinnan om att det inte gör lika ont att krysta ut placenta som barnet.

“Nu väntar vi på att moderkakan ska komma. Det kommer inte vara nånting med tanke på vad du har upplevt”

En del barnmorskor beskriver att de väljer att vänta fem till tio minuter innan beröring av uterus och navelsträngen, detta för att inte störa processen. Vid tecken på att placenta har släppt uterusväggen påbörjar barnmorskorna handläggningen tidigare.

Palpering av uterus innan avgång

Majoriteten av barnmorskorna palperar uterus innan placentaavgång, handlingen motiveras med att de vill känna om placenta har släppt från uterusväggen. Enstaka barnmorskor känner på uterus med en svepande rörelse och beskriver att det känns som en gummiboll när placenta lossnat från uterusväggen. Enstaka barnmorskor beskriver att de genom palpation vill känna med sina egna händer att uterus toppat sig. Detta för att bekräfta observerade tecken på att placenta släppt uterusväggen.

“När jag har känt på patientens mage känner jag om moderkakan har släppt från uterusväggen. Om den har släppt kommer vanligtvis en blödning, men jag palperar alltid uterus trots blödning”

Främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus

Huvudkategorin är framtagen med hjälp av de två underkategorierna *dragning i navelsträng* och *uterusmassage för att förebygga blödning*.

Dragning i navelsträng

Få barnmorskor förlöser placenta genom kontrollerad dragning i navelsträngen, trots att det rekommenderas i klinikens riktlinjer. De flesta barnmorskor förlöser placenta genom dragning i navelsträng i kombination med funduspress, vilket innebär yttre press över fundus (livmoderns övre del). Barnmorskorna beskriver att de har blivit upplärda med den tekniken under sin barnmorskeutbildning och anser att det fungerar bra.

“Jag drar i navelsträngen samtidigt som jag trycker över fundus, jag tillhör den gamla skolan”

I enstaka fall förekommer funduspress utan drag i navelsträngen, vilket motiveras med att risken ökar för att navelsträngen går av eller att placenta delvis lossnar vid drag i navelsträng. Barnmorskorna berättar att drag i navelsträng kan orsaka en större blödning. Ytterst få förlöser placenta med hjälp av sammandragning. En stor del av barnmorskorna uppmanar kvinnan till att krysta för att förlösa placenta. Vissa barnmorskor uppmanar istället kvinnan till att hosta och

beskriver att dessa muskler är lättare att hitta efter en förlossning än de som används vid krystning.

“Jag drar i navelsträngen samtidigt som jag har handen på magen och ber dem hosta till”

Uterusmassage för att förebygga blödning

I samband med att placenta avgår utför barnmorskorna en ordentlig uterusmassage (palpering av uterus) för att känna så att uterus kontraherar. De beskriver att de genom uterusmassage även önskar att få ut stora koagel, för att uterus successivt ska kunna kontrahera. Majoriteten av barnmorskorna gör en ”rejäl kläm” (uterusmassage) på magen när placenta avgått. En bedömning av placenta och fosterhinnor görs av alla barnmorskor. De beskriver att en bedömning utförs för att säkerställa att placenta är hel samt att fosterhinnor kommit ut, allt för att minska blödningsrisken.

“Jag klämmer alltid på magen efter att moderkakan har kommit”

Barnmorskan informerar och kommunicerar

Den tredje huvudkategorin är utformad utifrån de två underkategorierna *barnmorskans information om handläggning under efterbördsskedet* samt *barnmorskans bekräftelse och kommunikation*.

Barnmorskans information om handläggning under efterbördsskedet

Den information som barnmorskorna delger kvinnan under efterbördsskedet handlar till största del om vad barnmorskan gör. Hälften av barnmorskorna informerar om varför de utför en specifik handling, dock inte vid varje enskilt tillfälle. I enstaka fall ger barnmorskorna kontinuerlig, tydlig och konkret information om vad de gör och varför. Information om efterbördsskedets olika faser ges av ytterst få barnmorskor under själva efterbördsskedet. Ansvarig barnmorska kommunicerar tydligt med assisterande barnmorska om när Oxytocin ska ges och assisterande barnmorska bekräftar när Oxytocin har administrerats. Samtliga kvinnor informeras av assisterande barnmorska kring administrering av Oxytocin samt dess förebyggande effekter.

“Du får en spruta av mig, för att du inte ska blöda”

En stor del av barnmorskorna informerar kvinnan om att de avvaktar med att klippa navelsträngen tills pulsationerna avstannat helt, dock informerar ytterst få om varför barnmorskan väljer att avvakta.

“Jag väntar med att klippa navelsträngen tills pulsationerna har avstannat, så bebisen får allt blod den behöver”

Barnmorskorna informerar kvinnan att hon drar i navelsträngen i samband med placentaavgång,

dock ges ingen information om vad som kommer hända eller varför. Barnmorskorna tillfrågar alltid kvinnans anhörig om de önskar att klippa navelsträngen. Ytterst få barnmorskor förklarar att när placenta är förlöst kommer livmodern att börja dra ihop sig. Samtliga barnmorskor informerar om att de behöver klämma på kvinnans mage när placenta är förlöst. Den information som barnmorskorna delger kvinnan angående uterusmassage är att barnmorskan kommer klämma på den födandes mage. Enstaka barnmorskor ger kontinuerligt en tydlig och innehållsrik information till kvinnan om vad som ska ske och varför.

Barnmorskans bekräftelse och kommunikation

Under efterbördsskedet samtalar barnmorskorna med kvinnan, dock inte nödvändigtvis om vad som kommer att ske och varför. Barnmorskorna kommunicerar till största del om barnet och kvinnans prestation under förlossningen. Information om varför K-vitamin ges som blödningsprofylax till nyfödda barn, ges av ytterst få barnmorskor. Vissa barnmorskor sammanfattar kort förlossningens olika delar och förklarar de beslut som tagits och varför. Situationer som varit kritiska tas upp av barnmorskan och förklaras igen för föräldrarna, detta för att undvika kunskapsluckor som kan leda till oro.

” Jag skyndade på förloppet i slutet för att bebisen inte mådde så bra och behövde komma ut ”

Diskussion

Metoddiskussion

Enligt Polit och Tatano (2011) används en kvalitativ forskningsmetod för att beskriva och analysera karaktärsdrag, egenskaper eller kvaliteter hos de personer som studeras, vilket var studiens syfte. Då syftet med studien var att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet, valdes en kvalitativ forskningsmetod.

Observatörerna valde att utföra de tio observationerna tillsammans. En risk fanns för att kvinnan och partnern skulle uppleva observationen som störande då många personer befann sig på förlossningsrummet samtidigt. Observatörerna ansåg dock att det var en styrka att de båda närvarade vid observationerna, då de önskade att observationerna skulle bli så detaljrika som möjligt. För att undvika att störa paret i förlossningsarbetet valde observatörerna att ansluta till förlossningsrummet så nära partus som möjlig, så att observationen kunde påbörjas direkt. Checklistor användes under observationen och var till stor hjälp för att strukturera och effektivt observera efterbördsskedet samt kommunikationen mellan barnmorskan och den födande. Enligt Polit och Tatano (2011) kan checklistan hjälpa observatörerna att vara observanta på samma saker, dock kan checklistan även öka förförståelsen då den sedan tidigare är förutbestämd. När observationerna var avslutade och observatörerna skulle avlägsna sig från rummet sa ett flertal par att de inte märkt av deras närvaro. Sådan feedback från paren var tacksamt att få då observatörerna eftersträvat att störa så lite som möjligt under observationen. Efterföljande intervju med barnmorskorna utfördes gemensamt av observatörerna och intervjun

bestod av fyra frågor, en öppen och tre slutna. Observatörerna önskade att intervjun skulle upplevas smidigt att genomföra och ej tidskrävande för barnmorskan. En frågeställning som uppstod hos observatörerna i efterhand var om innebörden i barnmorskornas svar hade varit annorlunda vid enbart öppna frågor. Observatörerna upplevde inte att någon av barnmorskorna kände sig kränkt av att bli observerad eller att kvinnan upplevde deras närvaro som störande.

Det är av stor vikt att observatören distanserar sig från sin förförståelse så den inte påverkar vad som ses och hörs under observationen (Polit & Tatano, 2011). Då en observation kräver att observatören tolkar och beskriver det som har setts och hörts är det svårt att eliminera sin förförståelse helt. Då får istället förförståelsen identifieras under processens gång för att medvetandegöra hur mycket den påverkar resultatet (Denscombe, 2016). För att minimera observatörernas förförståelse under datainsamlingen användes checklistor. Objektiviteten kan ifrågasättas då studiens syfte baseras på ett observerat problem. Observatörerna gjorde sitt yttersta för att åsidosätta sin förförståelse och enbart observera hur barnmorskorna handlägger efterbördsskedet och hur kommunikationen med den födande såg ut. Genom att vara medveten om och kontinuerligt diskutera den egna förförståelsen ökar observationsstudien tillförlitlighet.

Insamlade data analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys då syftet var att beskriva likheter och skillnader i analysenheten (Graneheim & Lundman, 2004). Analysprocessen utfördes gemensamt för att kunna se analysenheten utifrån olika vinklar och perspektiv (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). I studien ingick endast heterosexuella par, den födande och hennes partner. En av de födande hade valt att ta med sin syster istället för sin partner. I resultatet beskrivs de födande som kvinnor då alla var biologiska kvinnor. Ingen hänsyn har tagits till vilket kön de biologiska kvinnorna identifierade sig som, då det inte var av intresse för studien.

Studiens trovärdighet stärks av att observatörerna genomgående använt teoretiska begrepp och processen för observationsstudien tydligt kan följas genom ansats, urval, datainsamling och dataanalys (Malterud, 2014). De barnmorskor som observerats hade olika antal år erfarenhet av förlossningsvården, vilket skapade goda förutsättningar för ett överförbart resultat (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Barnmorskorna var sedan tidigare okända för observatörerna, vilket ses som en styrka, då ingen förförståelse fanns angående hur barnmorskorna vanligtvis handlägger efterbördsskedet. Studiens trovärdighet anses vara hög då observatörerna har tittat på de olika aspekter som var relevanta för efterbördsskedet, vilket gav information om hur barnmorskan handlägger (Malterud, 2014). För att få en variation av normala efterbördsskeden inkluderades både förstföderskor och omföderskor. Komplicerade graviditeter och förlossningar eliminerades då komplikationer kan påverka efterbördsskedet och barnmorskans handläggning. Observatörerna önskade att studera okomplicerade efterbördsskeden som föregåtts av en normal och fullgången graviditet. Detta för att kunna ta ställning till hur barnmorskan normalt handlägger efterbördsskedet då okomplicerat förlopp är mer vanligt förekommande än komplicerade. Studiens resultat visar att barnmorskor handlägger efterbördsskedet på olika sätt vilket överensstämmer med tidigare forskning inom området, vilket ökar trovärdigheten. Barnmorskorna som deltog i observationen kunde inte påverka

datainsamlingen under själva efterbördsskedet då observatörerna tolkade data samtidigt som den samlades in, dock finns en risk att barnmorskan ändrar sitt normala beteende. Däremot hade barnmorskorna en chans att påverka sina svar under efterföljande intervju då observatörerna upprepade frågan och barnmorskornas svar (Malterud, 2014).

Studiens pålitlighet anses vara hög enligt observatörerna trots att det var första gången som de genomförde en observationsstudie. Enligt Malterud (2014) är det av stor vikt att bedöma kvaliteten på utrustningen som använts under observationsstudien. Observationerna utfördes med hjälp av förskrivna checklistor, utrustningen, som bearbetades mycket noggrant. Tidigare forskning och kurslitteratur har använts vid utformning av checklistor och utvärderades med hjälp av ansvarig handledare. De använda checklistorna har haft stor betydelse för datainsamlingen men även för dataanalysen då data från början var tydligt strukturerad. Varje observation av barnmorskans handläggning var unik och observatörerna anser inte att de olika observationerna påverkat deras förförståelse eller objektivitet inför nästkommande observation. Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) beskriver att datainsamlingens överförbarhet och trovärdighet kan försämrats då studien är utförd under en kortare period. Resultatet av observationsstudien kan däremot överföras på andra barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården i Sverige, då urvalet anses vara varierat (Malterud, 2014).

Resultatdiskussion

Resultatet av observationsstudien visar på de olikheter som finns i barnmorskans handläggning av efterbördsskedet. Samtliga barnmorskor placerar barnet hud-mot-hud direkt efter partus och anser att det är av stor vikt att göra det. Resultatet visar även att en majoritet av barnmorskorna ger Oxytocin rutinmässigt utan att tillfråga kvinnan samt att de ger god information om när och varför de ger Oxytocin. Trots riktlinjer angående att ge Oxytocin i profylaktiskt syfte väljer ett fåtal barnmorskor att inte ge det konsekvent till alla födande kvinnor. Hur barnmorskorna handlägger avnavling samt framfödande av placenta skiljer sig åt. Alla observerade barnmorskor utför vanligtvis avnavling efter tre minuter, dock huruvida de känner efter pulsationer i navelsträng, palperar uterus samt drar i navelsträngen varierar. De flesta barnmorskor handlägger genom dragning i navelsträng samtidigt som press över fundus utförs. Den information som barnmorskorna delger den födande kvinnan saknar konkret information om efterbördsskedet. De flesta barnmorskorna informerar endast kvinnan om när en handling skulle utföras, dock inte varför.

Handläggning i väntan på placenta

Placera barnet hud-mot-hud

Studiens resultat visar att barnmorskorna lägger stor vikt och prioriterar hud-mot-hud inom de första minuterna efter barnets födsel. Under tiden barnet ligger mellan kvinnans bröst observerar barnmorskorna barnet kontinuerligt, påtalar barnets färdigheter och signaler för föräldrarna. Resultatet från observationsstudien bekräftas av tidigare forskning som visar på enbart positiva effekter av att tidigt ligga hud-mot-hud, både för barn och föräldrar. Anknytning mellan föräldrar och barn främjas av att tidigt ligga hud-mot-hud samt att barnmorskan involverar och uppmärksammar föräldrarna på barnets mående och dess medfödda förmågor

(Begley et al., 2012; Hastie & Fahy, 2009; Martin Casado & Viudes Coloma, 2010). Resultatet visar att ingen av barnmorskorna uppmanar eller lägger barnet till kvinnans bröst någon gång under efterbördsskedet, detta för att främja tidig amning. Tidigare forskning visar att amning bidrar till kroppens naturliga frisättning av oxytocin vilket har en sammandragande effekt på uterus (Hastie & Fahy, 2009; Martin Casado & Viudes Coloma, 2010).

Administrering av uterusammandragande medel

Resultatet av studien belyser vikten av att ge och informera om Oxytocin i blödningsförebyggande syfte. Majoriteten av barnmorskorna i observationsstudien ger alltid Oxytocin till alla kvinnor oberoende av situation, dock väljer ett fåtal barnmorskor att vänta tio minuter innan de beslutar om Oxytocin ska ges eller inte. Ett flertal studier förklarar att det inte har någon betydelse för när Oxytocin ges, varken om det ges innan eller efter placenta avgått (Castro Parreira & Gomes, 2013; Begley et al., 2015). WHO (2012) rekommenderar att ge Oxytocin inom en minut postpartum trots avsaknad av vetenskapliga bevis. Ett flertal tidigare studier menar att aktiv handläggning av efterbördsskedet, framförallt administrering av Oxytocin, leder till minskad postpartumblödning (Castro Parreira & Gomes, 2013). Alla barnmorskor är dock inte övertygade om att administrering av profylaktisk Oxytocin i efterbördsskedet alltid är det bästa alternativet (Jangsten et al., 2010). Det överensstämmer med resultatet i observationsstudien då några barnmorskor uttrycker att det kan ge en opålitlig känsla av trygghet att ge Oxytocin istället för att observera själva förloppet. Trots att riktlinjer på kliniken i Västra götalandregionen (2015) beskriver att alla födande kvinnor ska erhålla Oxytocin, väljer några få barnmorskor att inte göra det. Tidigare forskning stärker att fler barnmorskor anser att Oxytocin i profylaktiskt syfte kan upplevas störande i den naturliga processen. Om uterus är väl kontraherad och blödningen är av liten mängd kan Oxytocin profylax, med sin korta verkningstid, ge en falsk känsla av säkerhet (Jangsten et al., 2010).

Att barnmorskorna i observationen reflekterar kring en falsk trygghet vid Oxytocintillförsel är av stor betydelse då en stor postpartumblödning kan uppstå trots att Oxytocin är givet. En fråga som dock bör ställas är om det finns någon fördel med att inte ge Oxytocin, enbart för att det eventuellt kan uppstå en blödning trots att Oxytocin givits. Resultatet visar att barnmorskorna resonerar och handlägger olika kring blödningsprofylax vilket kan innebära ett ökat ansvar hos patienten, att självständigt söka information och bilda sig en uppfattning. En slutsats som kan dras är att barnmorskans åsikt blir en direkt påverkan på patienten och utan information kring varför barnmorskan väljer att inte använda Oxytocin rutinmässigt, framstår vården som något patienten ej kan påverka. Tidigare forskning visar att de kvinnor som inte erhåller Oxytocin blöder mer och även längre tid efter förlossningen (Begley et al., 2015). En slutsats som kan dras är att större blödningar innebär en utökad och längre vård vilket kan leda till ett ökat lidande för patienten samt en större kostnad för samhället. I observationsstudien framkommer att barnmorskan inte tillfrågar den födande kvinnan hur hon ställer sig till behandling, oavsett om barnmorskan ger Oxytocin eller inte. Barnmorskan fattar ett beslut utan kvinnans medverkan, då stärks inte hennes egen bestämmanderätt eller empowerment.

Beslut om avnavling

Tidig avnavling utförs endast i observationsstudien då önskemål om bevarande av navelsträngsblod fanns. I Downey och Bewley (2010) studie beskrivs tidig avnavling som avnavling inom en minut, vilket fortfarande sker rutinmässigt trots att lokala riktlinjer rekommenderar sen avnavling. Resultatet i observationsstudien talar emot Downey och Bewley's resultat då alla barnmorskor vanligtvis utför sen avnavling vilket även är rekommendationen av Västra götalandregionen (2015).

Palpering av uterus innan placenta

Resultatet beskriver att ett fåtal barnmorskor väljer att inte vidröra uterus innan de kan se tecken på att placenta avgått. Hastie och Fahy (2009) beskriver att avvaktande handläggning belyser vikten av att inte massera, vidröra uterus eller dra i navelsträngen innan placenta har släppt uterusväggen. Palpering av uterus innan placentaavgång ingår varken i avvaktande eller aktiv handläggning (Castro Parreira & Gomes, 2013). Resultatet i observationsstudien visar på att en del barnmorskor väljer att avvakta ett visst antal minuter innan fortsatt handläggning utförs. Ingen barnmorska väljer att alltid vänta tills placenta avgår spontant trots att det ingår i avvaktande handläggning. Det finns ingen evidens som styrker att barnmorskan ska vänta ett visst antal minuter innan handläggning eller att det skulle vara en fördel. Jangsten, Hellström och Berg (2010) beskriver ytterligare ett sätt att använda navelsträngen för att se om placenta fortfarande fäster i uterusväggen. Genom ett lätt tryck med sin hand ovanför pubisbenet kan barnmorskan se om en bit navelsträngen dras tillbaka in i vaginan eller inte. Om den dras tillbaka är det ett tecken på att placenta inte har släppt från uterusväggen.

Främja framfödandet av placenta och kontroll av uterus

Dragning i navelsträng

Nästan alla barnmorskor i observationen drar i navelsträngen vid framfödande av placenta. Enligt Hofmeyr et al. (2015) finns ingen signifikant skillnad på postpartumblödning vid aktivt handläggande med eller utan kontrollerad dragning av navelsträng. Castro Parreira och Gomes (2013) Du, Ye och Zheng (2014) och Begley et al. (2015) motsäger Hofmeyr et al. (2015) då de menar att kontrollerad dragning i navelsträngen kan leda till minskad postpartumblödning, kortare efterbördsskede samt mindre förekommande av manuell placentalösning. Hofmeyr et al. (2015) förtydligar dock genom att beskriva att det blir en för stor insats att lära ut kontrollerad dragning jämfört med nyttan handläggning gör vid postpartumblödning. Hofmeyr et al. (2015) beskriver vidare att kontrollerad dragning är ett bra alternativ då det minskar risken för manuell placentalösning. Västra Götalandregionens (2015) riktlinjer rekommenderar alla moment som ingår i aktiv handläggning, Oxytocin profylax, avnavling efter minst två till tre minuter samt kontrollerad dragning i navelsträngen. Trots riktlinjer väljer ytterst få av de observerade barnmorskorna att utföra kontrollerad dragning i navelsträng. De barnmorskor som inte utförde kontrollerad dragning i observationsstudien motiverade det med att de inte lärt sig den handläggningen samt att deras använda metod fungerar bra. Enligt Castro Parreira och Gomes (2013) ses ofta en kombination av kontrollerad dragning i navelsträngen och tryck mot fundus i praktiken. Vilket bekräftas av observationsstudien då hälften av de observerade barnmorskorna utför kombinationen. Det finns dock ingen vetenskaplig evidens för handhavande (Castro Parreira & Gomes, 2013).

Uterusmassage för att förebygga blödning

Det finns ingen signifikant skillnad mellan behandling med Oxytocin i kombination med uterusmassage och enbart Oxytocin (Hofmeyr, Abdel-Aleem & Abdel-Aleem, 2013). Enligt Castro Parreira och Gomes (2013) kan mängden postpartumblödning minska ytterligare vid uterusmassage och bör således ingå i aktiv handläggning. Trots rekommendationer finns ingen vetenskaplig evidens för att uterusmassage minskar postpartumblödning och att det bör ingå i aktiv handläggning (Hofmeyr et al., 2013). Majoriteten av barnmorskorna som observerades valde att utföra uterusmassage i direkt anslutning till att placenta avgått. Då WHO (2012) rekommenderar uterusmassage har Västra Götalandsregionen (2015) valt att ha det i sina riktlinjer för handläggning av efterbördsskedet.

Barnmorskan informerar och kommunicerar

Det mest förvånansvärda med resultatet är att endast en barnmorska tydligt för en kontinuerlig dialog med kvinnan om efterbördsskedet, där hon berättar vad hon gör och varför. Övriga barnmorskor informerar kvinnan om vad de ska göra men endast sporadiskt om varför. Risken med bristande information är att kunskapsluckor kan uppstå och under observationsstudien noteras att kvinnorna flera gånger frågar barnmorskorna om varför vissa moment ska utföras. Det visar tydligt på att information och kunskap saknas. Persson Thunqvist et al. (2012) beskriver vikten av att kontinuerligt föra en dialog om vad och varför saker sker. Tidigare forskning belyser även vikten av att kvinnan ska vara delaktig i förlossningsprocessen genom att barnmorskan kontinuerligt för en dialog, ger information och att de gemensamt ansvarar för att fatta beslut (Berg, Asta Ólafsdóttir & Lundgren, 2012). Om kvinnan inte får information och kunskap samt inte är delaktig i de beslut som tas kring hennes vård strider det mot patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Det framkom inte under observationen om barnmorskan tidigare informerat kvinnan om efterbördsskedets olika faser, vad som kommer hända och varför. Då ingen barnmorska i samtalet med kvinnan under efterbördsskedet återkopplade till tidigare information dras denna slutsats. Studiens resultat visar att barnmorskorna är mycket tydliga i dialogen kring barnet när hen ligger mellan mammans bröst. Föräldraskapet bekräftas genom att exempelvis säga tänk nu har ni blivit föräldrar till en fantastiskt söt bebis. Barnmorskorna påtalar även barnets färdigheter och likheter med föräldrarna. Under tiden barnmorskorna samtalar med föräldrarna ser observatörerna tydligt hur snabbt föräldrarna tar sig an sina nya roller.

Slutsats

Reflektion och vidare forskning

Syftet med observationsstudien är att beskriva hur barnmorskor handlägger efterbördsskedet då tidigare studier pekar på att barnmorskor gör olika. Observatörerna har själva identifierat en problematik under sin placering på förlossningsklinik vilket överensstämmer med resultatet i observationsstudien. Resultatet visar att barnmorskor handlägger efterbördsskedet på olika sätt och alla barnmorskor i studien kombinerar metoderna och/eller använder sig av tekniker som inte ingår i aktiv eller avvaktande handläggning. Detta visar på att en del barnmorskor inte följer

riktlinjer för handläggning av efterbördsskedet. Barnmorskans egna åsikter och val av metod kring handläggning delges sällan kvinnan. Vid avsaknad av information och insikt i de olika metoderna kan kvinnan inte själv välja metod. Det överensstämmer med Begley et al. (2015) som beskriver att det krävs information för att kvinnan ska kunna ta ställning till vilken metod som hon önskar.

Resultatet i observationsstudien önskar att medvetandegöra barnmorskor om hur och varför de handlägger efterbördsskedet på ett visst sätt. Finns det något i deras handläggning som enbart görs på rutin och inte reflekteras över. En utökad studie är önskvärt för att kunna applicera resultatet på förlossningskliniker i Sverige.

Referenslista

- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D., Clausen, J., & Domellöf, M. (2013). Effects of delayed compared with early umbilical cord clamping on maternal postpartum hemorrhage and cord blood gas sampling: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 92(5), 567-74. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01530
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D., & Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*, 343(7836), 1244. doi:10.1136/bmj.d7157
- Begley, C. M., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., & Keegan, C. (2012). Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: The 'MEET' study. *Midwifery*, 28(6), 733-739. doi:10.1016/j.midw.2011.08.008
- Begley, C. (2014). Physiology and care during the third stage of labour. I J. E. Marshall, & D. M. Raynor's *Myles' Textbook for Midwives E-Book, edition 16*, (s. 395-414). Elsevier: Elsevier Health Sciences
- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., & Weeks, A. (2015). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), N.PAG. doi:10.1002/14651858.CD007412.pub4
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg, & I. Lundgrens *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande*, (s.29–43). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care-in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, 3(2):79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Biguzzi, E., Franchi, F., Ambrogi, F., Ibrahim, B., Bucciarelli, P., Acaia, B., Radaelli, T., Biganzoli, E., & Mannucci, P-M. (2011). Risk factors for postpartum hemorrhage in a cohort of 6011 Italian women. *Thromb Res.* 129(4) doi: 10.1016/j.thromres.2011.09.010.
- Bülow, P., Persson Thunqvist, D., & Sandén, I. (2012). Delaktighet i och genom samtal inom vård, omsorg och socialt arbete. I P. Bülow, D. Persson Thunqvist & I. Sandéns (red.). *Delaktighetens praktik - Det professionella samtalets villkor och möjligheter*,

(s. 5–15). Malmö: Gleerups Utbildning.

- Castro Parreira, M. V., & Gomes, N. F. (2013). Preventing postpartum haemorrhage: active management of the third stage of labour. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3372-3387. doi:10.1111/jocn.12361
- Denscombe, M. (2016). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (P. Larsson, Övers. 3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Downey, C., & Bewley, S. (2010). Childbirth practitioners' attitudes to third stage management. *British Journal of Midwifery*, 18(9), 576-582.
- Du, Y., Ye, M., & Zheng, F. (2014). Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 626-633. doi:10.1111/aogs.12424
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- FIGO/ICM. (2004). *Global initiative to pre-vent post-partum hemorrhage*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 26, 1100–1102.
- Frolova, A. I., Stout, M. J., Tuuli, M. G., López, J. D., Macones, G. A., & Cahill, A. G. (2016). Duration of the Third Stage of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 127(5), 951-956. doi:10.1097/AOG.0000000000001399
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergboms (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s. 322-332). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 24(2), 105-112.
- Hastie, C., & Fahy, K. (2009). Optimising psychophysiology in third stage of labour: theory applied to practice. *Women & Birth*, 22(3), 89-96. doi:10.1016/j.wombi.2009.02.004

- Hofmeyr, G. J., Abdel-Aleem, H., & Abdel-Aleem, M. A. (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD006431. doi: 10.1002/14651858.CD006431.pub3.
- Hofmeyr, G. J., Mshweshwe, N. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. doi: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.
- Jangsten, E., Hellström, A-L., & Berg, M. (2010). Management of the third stage of labour—focus group discussions with Swedish midwives. *Midwifery*, 26(6), 609-614. doi:10.1016/j.midw.2008.12.004
- Jangsten, E., Bergh, I., Mattsson, L., Hellström, A-L., & Berg, M. (2011). Afterpains: A Comparison Between Active and Expectant Management of the Third Stage of Labor. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(4), 294-301. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00487.x
- Jangsten, E., Mattsson, L., Lyckestam, I., Hellström, A-L., & Berg, M. (2011). A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 118(3), 362-369. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02800.x
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003:460). Hämtad 171115 från, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016). Det fysiologiska förloppet. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (red.). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*, (s. 438-526). Lund: Studentlitteratur.
- López-Garrido, B., García-Gonzalo, J., Patrón-Rodríguez, C., Marlasca-Gutiérrez, M. J., Gil-Pita, R., & Toro-Flores, R. (2015). Influence of Acupuncture on the Third Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 60(2), 199-205. doi:10.1111/jmwh.12262
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nilsens (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2 uppl. (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

MacDonald, M. E. (2016). The Legacy of Midwifery and the Women's Health Movement in Contemporary Discourses of Patient Choice and Empowerment. *Canadian Journal Of Midwifery Research & Practice*, 15(1), 43-50.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (P. Larson, Övers. 4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Martin Casado, A., & Viudes Coloma, M. (2010). Importance of early skin to skin contact with the newborn during labour. *Metas De Enfermería*, 13(6), 20-23.

Oberg, A. S., Hernandez-Diaz, S., Palmsten, K., Almqvist, C., & Bateman, B. T. (2014). Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 210(3), 229.e1-8.
doi:10.1016/j.ajog.2013.10.872

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Hämtad 1712004 från
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Persson Thunqvist, D., Sandén, I., & Bülow, P. (2012). Kommunikation som praktik, En teoretisk bakgrund. I P. Bülow, D. Persson Thunqvist & I. Sandéns (red.). *Delaktighetens praktik - Det professionella samtalets villkor och möjligheter*, (s. 17-29). Malmö: Gleerups Utbildning.

Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Hämtad 171115 från,
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Polit, D. F., & Tatano, B. C. (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Wolters Kluwer

Sjögren, R. (2012). Ansvar. I L. Wiklund Gustin & I. Bergboms (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s. 350-360). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 171113 från,
<http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska/>

Västra Götalandsregionen, (2015). *Riktlinjer - Postpartumblödning förebyggande*. Göteborg:
Västra götalandregionen.

WHO. (2012). WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage.
WHO Document Production Service: Geneva.

Bilaga 1

Checklista – handläggning av efterbördsskedet

	JA	NEJ	Minuter	Anteckning
Hud-mot-hud				
Palpering av uterus innan oxytocin				
Oxytocin inj. i.m.				
Barnnummer				
Tidig avnavling				
Sen avnavling				
Tid vid klampning				
Tar bort klampning efter klipp				
Palpering av uterus innan avgång				
Dragning i navelsträng				
Kontrollerad draging i navelsträng (CCT)				
Tryck mot fundus				
Tryck mot fundus + CCT				
Urintappning				
Uppmanar till att krysta				
Förlöser placenta m. sammandragning				
Alternativ hjälp (akupunktur, upprest)				
Extra läkemedel				
Amning under efterbördsskedet				
Utreusmassage under efterbördsskedet				
Tid för hela efterbördsskedet				

Komplikation				
Omf/FF:				
Förlossningsnummer:				
Hur många år på förlossningen - bm?				
Frågor BM:				
Gjorde du något du inte brukar göra?				
Bedömer du efterbördsskede. normalt?				
Skulle du gjort nått annorlunda?				
Varför gör du som du gör?				

Bilaga 2

Checklista – kommunikation/information under efterbördsskedet

	JA	NEJ	Anteckning
Ger info om efterbördsskedet?			
Ger info om vad bm gör?			
Ger info varför bm gör?			
Ger info om vad som sker under tiden?			
Ger info om varför det sker?			

Bilaga 3



Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Förfrågan om observation och eventuell efterföljande intervju med barnmorska

Vi är två sjuksköterskor som studerar till barnmorskor och ska genomföra magister-opsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi önskar observera barnmorskors handläggning av efterbördsskedet med en efterföljande kort intervju. Studien vänder sig till barnmorskor som är yrkesverksamma inom förlossningsvården.

Studiens bakgrund och syfte

Efterbördsskedet är en viktig del av förlossningsprocessen. Hur efterbördsskedet handläggs påverkar flera faktorer som kan förebygga komplikationer. Under vår VFU har vi observerat att barnmorskor handlägger efterbördsskedet på många olika sätt därför önskar vi studera detta för att öka kunskapen. Studiens syfte är att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom observation av barnmorskans handläggning av efterbördsskedet efter informerat samtycke från barnmorska samt patient. De kvinnor som ingår i studien ska vara födande som genomgått en normal graviditet samt förväntas genomgå ett normalt förlossningsförlopp. Vi avser att samtala med ansvarig barnmorska angående observation som i sin tur informerar patienten. Vid godkännande från patienten presenterar observatörerna sig samt ger ytterligare muntlig och skriftlig information kring syftet med studien. Observatörerna ansluter till förlossningsrummet när assisterande barnmorska kallas till rummet. Vid avslutat efterbördsskede avlägsnar observatörerna sig. Vid eventuella frågor önskas efterföljande frågor ställas till förlösande barnmorska.

Den information som framkommer under observationen samt intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast vi och handledaren från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias eller nummer. Deltagande i studien är frivilligt och barnmorskan samt patienten kan när som helst välja att avbryta sin medverkan utan att uppge orsak. Resultatet av studien kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ansvariga för studien

Rebecca Eklind Johansson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0734412542
guseklinre@student.gu.se

Amanda Eriksson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0763369560
guseriamb@student.gu.se

Handledare
Elisabeth Jangsten
Elisabeth.jangsten@gu.se



Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet: _____

Datum: _____

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Ansvariga för studien:

Rebecca Eklind Johansson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0734412542
guseklinre@student.gu.se

Amanda Eriksson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0763369560
guseriamb@student.gu.se

Handledare
Elisabeth Jangsten
Elisabeth.jangsten@gu.se

Bilaga 4



Förfrågan om deltagande i studie om efterbördsskedets handläggande

Information:

Bakgrund och syfte

Efterbördsskedet är sista stadiet i förlossningsprocessen. Handläggandet av efterbördsskedet kan utföras på olika sätt. Som barnmorskestudenter under VFU på förlossningen väcktes intresset för de metoder som barnmorskor använde under handläggandet av efterbördsskedet. Syftet med studien är att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras genom observation av barnmorskors handläggning av efterbördsskedet i samband med förlossning. De födande kvinnorna ska vara fullgångna, ha en normal graviditet, värkarbete ska ha startat spontant med ett normalt förlopp.

Ansvarig barnmorska som deltar i observationsstudien tillfrågar patienten i sin tur om de accepterar deltagande. Vid godkännande från patienten presenterar observatörerna sig samt ger ytterligare muntlig och skriftlig information kring syftet med studien. Observatörerna ansluter till förlossningsrummet när andrabarnmorskan kallas till rummet inför förlossning. Observatörerna följer en checklista under observationen. Observatörerna går ut från förlossningsrummet när efterbördsskedet är avslutat. Efterföljande frågor önskas ställas till förlösande barnmorska.

Finns det några fördelar?

Genom att observera och beskriva olika metoder i handläggandet av efterbördsskedet hos kliniskt verksamma barnmorskor kan leda till ökad kunskap.

Hantering av data och sekretess

Den information som framkommer under observationen samt intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur studien utan att ange något skäl.

Ansvariga:

Eklind Johansson, Rebecca, Leg. Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0734412542, e-post: guseklinre@student.gu.se

Eriksson, Amanda, Leg. Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0763369560, e-post: guseriamb@student.gu.se

Handledare:

Jangsten, Elisabeth, Barnmorska, Universitetslektor vid institutionen för vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. E-post: elisabeth.jangsten@gu.se



Samtyckesformulär till observationsstudie:

”Barnmorskans handläggning av efterbördsskedet”

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna studie som handlar om barnmorskans handläggning av efterbördsskedet. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Barnmorska:

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

E-post: _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående person samt erhållit personens samtycke och har fått en kopia av deltagarinformationen.

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

Bilaga 5



Information till patient om studien – Barnmorskans handläggning under efterbördsskedet

Bakgrund och syfte:

Efterbördsskedet är en viktig del av förlossningsprocessen. Hur efterbördsskedet handläggs påverkar förebyggandet av komplikationer. Som studenter på förlossningen har vi upplevt att barnmorskor handlägger efterbördsskedet på många olika sätt. Syftet med studien är att beskriva hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet.

Förfrågan om deltagande:

Vi önskar att observera hur barnmorskan handlägger efterbördsskedet vid din förlossning.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras genom observation av barnmorskans handläggning av efterbördsskedet efter informerat samtycke från barnmorska samt dig som patient. De födande kvinnorna som ingår i studien ska vara förstföderskor med normal graviditet samt ett förväntat normalt förlossningsförlopp. Vi avser att samtala med ansvarig barnmorska angående observation som i sin tur informerar patienten. Vid godkännande från patienten presenterar observatörerna sig samt ger ytterligare muntlig och skriftlig information kring syftet med studien. Observatörerna ansluter till förlossningsrummet i samband med förlossningens slutskede. Vid avslutat efterbördsskede lämnar observatörerna förlossningsrummet.

Finns det några fördelar?

Genom att observera och ta del av barnmorskors olika handläggningsmetoder och lyssna på barnmorskors erfarenheter om hur de handlägger efterbördsskedet leder till ökad kunskap.

Hantering av data och sekretess:

Den information som framkommer under observationen samt intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast studenter och handledare som genomför studien kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Frivillighet:

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur studien utan att ange något skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga:

Eklind Johansson, Rebecca, Leg. Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0734412542, e-post: guseklinre@student.gu.se

Eriksson, Amanda, Leg. Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0763369560, e-post: guseriamb@student.gu.se

Handledare:

Jangsten, Elisabeth, Barnmorska, Universitetslektor vid institutionen för vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. E-post: elisabeth.jangsten@gu.se



Samtyckesformulär till studien:

”Barnmorskans handläggning av efterbördsskedet”

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna studie som handlar om barnmorskans handläggning av efterbördsskedet. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Patient:

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke. Forskningspersonen har fått en kopia av deltagarinformationen.

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____