



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

POSTPARTUMBLÖDNING - DET STORA HOTET

Barnmorskors uppfattning om varför antalet postpartumblödningar ökar samt förslag till hur det kan minska.

Författare

Jennie Bjerger
Sandra Axelsson Brakstad

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Kurs:	Examensarbete i Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå:	Avancerad
Termin/år:	Ht/19
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Margret Lepp

Titel svensk:	Postpartumblödning - det stora hotet.
Titel engelsk:	Postpartum haemorrhage - the big threat.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Margret Lepp
Nyckelord:	Postpartumblödning, barnmorska, efterbördsskedet, handläggning, kommunikation

Sammanfattning

Sammanfattning

Bakgrund: Postpartumblödning är globalt den största orsaken till mödradödlighet. Efterbördsskedet är det mest kritiska skedet i förlossningen eftersom risken är stor för kvinnan att drabbas av en postpartumblödning. Detta drabbar både kvinnor med och utan riskfaktorer och kan snabbt bli allvarligt, atoni är den vanligaste orsaken till postpartumblödning. Trots tydliga riktlinjer fortsätter siffrorna avseende postpartumblödning att stiga i Sverige.

Syfte: Syftet är att studera barnmorskors uppfattning om varför antalet postpartumblödningar ökar samt förslag på hur blödningarna skulle kunna minska.

Metod: En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer användes och materialet analyserades genom innehållsanalys. Intervjuer genomfördes med sju barnmorskor på en förlossningsavdelning i Sverige.

Resultat: Analysen resulterade i två huvudkategorier; *faktorer som kan öka risken för postpartumblödning* och *faktorer som kan minska risken för postpartumblödning*. Huvudkategorierna består av fyra, respektive fem underkategorier. Barnmorskors uppfattning om varför postpartumblödning inte minskar är dels kvinnans individuella förutsättningar, men även en ökning av inductioner och andra interventioner kan påverka. Några barnmorskor påtalade den förrådiska blödningen som den farligaste blödningen. Vidare belystes även omgivningsfaktorer som stress och högt patientflöde. Förbättringsförslag för att försöka minska postpartumblödning är att barnmorskorna förändrar sin syn på blödning och att kontakta läkare snabbare. Förbättrad kommunikation och teamarbete samt öka medvetenheten inför kvinnor med riskfaktorer kan

minska risken för en stor postpartumblödning. Det angavs även att mer tid för reflektion och simuleringsövningar kan förbättra utfallet.

Slutsats: Studiens slutsats är att det finns faktorer som vårdpersonal kan och inte kan påverka för att kvinnan drabbas av en postpartumblödning. Barnmorskorna bör vara förutseende och respektera riskfaktorer och snabbt ge förebyggande läkemedel. Kontinuerligt stöd anses kunna minska interventioner för att förebygga en postpartumblödning. Vidare efterfrågas reflektionstid efter handläggning av postpartumblödning samt att få utföra simuleringsövningar relaterat till postpartumblödning. Barnmorskan bör även kunna ge varje födande kvinna den tid som hon behöver för att säkerställa en god patientsäker vård.

Nyckelord: Postpartumblödning, barnmorska, efterbördsskedet, handläggning, kommunikation.

Abstract

Background: Postpartum haemorrhage is globally the leading cause of maternal mortality. The third stage of labour is the most critical part of the childbirth and it affects both women with and without risk factors and can quickly escalate. Atoni is the most common cause of postpartum haemorrhage. Despite clear guidelines the numbers for postpartum haemorrhage continue to increase in Sweden.

Aim: The aim of this study is to investigate midwives opinions why postpartum haemorrhage is increasing and suggestions how to decrease the bleedings.

Methods: A qualitative method with semi-structured interviews was used and the material was analysed using a content-analysis method. Seven midwives were interviewed from one maternity ward in a hospital in Sweden.

Results: The analysed material resulted in two main categories: *factors that can increase the risk of postpartum haemorrhage* and *factors that can reduce the risk of postpartum haemorrhage*. The main categories consist of four respectively five subcategories. Midwives opinion why postpartum haemorrhage does not decrease is partly the woman's individual conditions and an increase of inductions and other interventions. Some of the midwives complained that the insidious bleeding is the most dangerous bleeding. Furthermore, environmental factors such as stress and high flow of patients were also highlighted. Improvement for trying to reduce postpartum haemorrhage is that midwives needs to change their view of bleeding and contact the doctor earlier. Improving communication and teamwork, and also raising awareness for women with risk factors could also decrease the risk for a big postpartum haemorrhage. It was also stated that more time for reflection and simulation exercises could improve the outcome.

Conclusion: The study's conclusion is that there are factors that healthcare professionals can and cannot influence that the women suffers from a postpartum haemorrhage. Midwives should be cautious and respect risk factors and give preventative medicine quickly. Continuous support is considered to be able to reduce interventions to prevent postpartum haemorrhage. Furthermore reflection time is required after treatment of postpartum haemorrhage, and to be able to perform simulation exercises related to postpartum haemorrhage. The midwife should also have the time with every woman who gives birth to insure good patient-safe care.

Keywords: postpartum haemorrhage, midwifery, third stage of labour, management, communication

Förord

Vi vill tacka de barnmorskor som valt att delta i denna studie samt tagit sig tid för att bli intervjuade, vi hoppas att studien ska komma till väl användning på er avdelning. Vi vill också rikta ett tack till vår handledare Herborg Holter för all hjälp och stöd vi fått under resans gång. Vi vill tacka varandra för ett gott samarbete, vi har fått många minnesvärda stunder genom detta arbete. Vi vill även rikta ett tack till våra familjer som gjort studietiden möjlig.

Jennie och Sandra

Innehåll

Bakgrund	1
Postpartumblödning	1
Orsaker till postpartumblödning	2
Förebyggande av postpartumblödning	3
Klinisk handläggning vid postpartumblödning	5
Barnmorskans roll på förlossning	6
Kommunikation i akuta situationer	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	9
Design	9
Tillvägagångssätt/datainsamling	9
Informanter	9
Intervjuer	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
Resultat	12
Faktorer som anses öka risken för postpartumblödning	12
Interventioner	13
Den förrådiska blödningen	13
Kvinnans förutsättningar	14
Arbetsmiljö	15
Faktorer som anses minska risken för postpartumblödning	16
Låta naturen ha sin gång	16
Ändra synsätt på blödning och respektera riskfaktorer	16
Kommunikation	17
Gott teamarbete	18
Simuleringsövningar	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Datainsamlingen	20
Dataanalysen	21
Resultatdiskussion	22
Faktorer som kan öka risken för postpartumblödning	22

Faktorer som kan minska risken för postpartumblödning	24
Slutsats	27
Förslag till förbättringsarbeten samt fortsatt forskning	27
Referenslista	28
Bilaga 1. Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer	S. 34
Bilaga 2. Information till barnmorska	S. 36
Bilaga 3. Samtyckesformulär.	S.38
Bilaga 4. Intervjuguide.	S.39

Inledning

Stora blödningar i samband med förlossning har sedan urminnes tider varit en dödsfälla för nyförlösta kvinnor och enligt graviditetsregistret ökar nu antalet blödningar i Sverige i samband med förlossningen. En postpartumblödning kan gå fort och bli akut livshotande för kvinnan. Under vår verksamhetsförlagda utbildning uppmärksammade vi att kvinnor ofta blöder över 1000 milliliter (ml) i samband med sin förlossning. Barnmorskan har en central roll eftersom postpartumblödningar sker i efterbördsskedet. Idén till denna studie växte då fram och vi önskade ta reda på barnmorskors uppfattning om varför kvinnorna drabbas av en postpartumblödning i allt större utsträckning samt förslag till hur blödningarna skulle kunna minska.

Bakgrund

Postpartumblödning

Postpartumblödning kan gå fort och snabbt bli livshotande (McLintock & James, 2011). Kvinnan kan på fem minuter förlora tre och en halv liter blod och blödningen beror oftast på en arteriell blödning. I höginkomstländer dör en kvinna per 100 000 födande av en postpartumblödning varje år och i låginkomstländer dör cirka 22 kvinnor av 1000 födande kvinnor per år (SFOG, 2018). Postpartumblödning är den största orsaken till mödradödlighet både i höginkomstländer och låginkomstländer. Enligt World Health Organization (WHO) definieras patologisk postpartumblödning när kvinnan uppnått blödning över 500 ml (World Health Organization, 2012). Fysiologiskt sett ökar kvinnans blodvolym med 40 till 50 procent under graviditeten, i Sverige och andra höginkomstländer förväntas en frisk kvinna klara av en blödning på upp till 1000 ml (Holmgren, 2014; SFOG, 2018). I låginkomstländer där kvinnor ofta har anemi, kan en postpartumblödning som uppnår 500 ml vara skadlig (El-Refaey & Rodeck, 2003). Inom 24 timmar räknas all blödning som primär blödning och efter 24 timmar som sekundär blödning som kan pågå i upp till tolv veckor efter förlossningen. Postpartumblödning delas in i tre grupper; normal blödning upp till 1000 ml, större blödning från 1000 ml till 2000 ml och allvarlig blödning mer än 2000 ml (Internetmedicin, 2018).

I Sverige drabbas upp till tio procent av alla kvinnor som föder barn av en postpartumblödning över 1000 ml (Internetmedicin, 2018). Sverige har satt ett målvärde under 5,5 procent gällande stor

postpartumblödning vid vaginalförlossning. I riket varierar siffran mellan drygt två till tio procent, medelvärdet i Sverige år 2018 var 7,2 procent. Sahlgrenska universitetssjukhus har en stigande procent av antalet postpartumblödningar över 1000 ml och resultat från förra året visar en siffra på 8,7 procent (Graviditetsregistret, 2019b), jämfört med 7,4 procent år 2017 (Graviditetsregistret, 2019a). Orsaken till variationen av antal postpartumblödningar mellan kliniker kan med stor sannolikhet förklaras av olika metoder av att mäta blödningen samt olika strategier kring handläggningen. Sahlgrenska Universitetssjukhus ligger på plats sju av fyrtio sjukhus gällande procent av postpartumblödningar över 1000 ml (Graviditetsregistret, 2019b).

Efterbördsskedet är det mest kritiska skedet i förlossningen, på grund av att risken för en stor postpartumblödning (Jangsten, Mattsson, Lyckestam, Hellström & Berg, 2010; Mannheimer Schack, Elyas, Brew & Odberg Pettersson, 2014). Efterbördsskedet, även kallad tredje stadiet under förlossningen, är den fasen när barnet är fött till placenta (moderkakan) med tillhörande fosterhinnor är framfödd (Begley m.fl., 2019; Winter m.fl., 2007).

Orsaker till postpartumblödning

Riskfaktorer för kvinnan att drabbas av en postpartumblödning är Body Mass Index (BMI) över 35, ålder över 40 år, tidigare postpartumblödning, placenta previa, ablatio placentae. Andra riskfaktorer är äggdonation, flerbörd, graviditetshypertoni, preeklampsi, antikoagulationsbehandling, asiatiskt ursprung samt medfödd blödningsbenägenhet. Riskfaktorer under förlossningen är kvarhållen eller ofullständig placenta, induktion (igångsättning av förlossningen), feber under förlossningen, utdraget eller snabbt förlopp. Vidare riskfaktorer i denna kategori är värkstimulering med oxytocindropp, akut eller planerat kejsarsnitt, instrumentell förlossning som sugklocka, tång eller klipp (Internetmedicin, 2018; Sahlgrenska Universitetssjukhus, 2018). En norsk fallkontroll-studie gällande duration av förlossning relaterat till postpartumblödning, visade att kvinnor med ett förlossningsförlopp på mer än tolv timmar löpte fyra gånger högre risk att drabbas av stor postpartumblödning (Nyfløt, Stray-Pedersen, Forsén & Vangen, 2017). De flesta kvinnor som drabbas av en patologisk postpartumblödning har dock inga kända kliniska eller maternella riskfaktorer (Jangsten, m.fl., 2010; McLintock & James, 2011; World Health Organization, 2012).

En minnesregel vid identifierandet av postpartumblödning är "Fyra T", Tone, Trauma, Tissue och Thrombin (Internetmedicin, 2018). *Tone* står för uterusatoni vilket innebär att uterus inte har dragit ihop sig ordentligt efter att barnet är fött. Atoni är den största orsaken till postpartumblödning och orsakar 50 till 80 procent av alla postpartumblödningar. Orsaker till atoni är till exempel att kvinnan är förstföderska, en långdragen eller snabb förlossning, livmodern är uttänjd, multipara (fött fler än tre barn), tidigare postpartumblödning samt värkrubbning. *Trauma* orsakar cirka 15 till 35 procent av alla postpartumblödningar, vilket innebär att kvinnan har fått förlossningsskador exempelvis cervixruptur, uterusruptur, större bristning i perineum, vagina eller en sfinkterruptur. Om hon är förlöst med kejsarsnitt eller instrumentell förlossning med sugklocka, tång eller att barnmorskan/läkaren lagt ett klipp i perineum i samband med förlossningen. *Tissue* är orsaken i cirka tio procent av alla postpartumblödningar. Tissue innebär att hela eller delar av moderkakan sitter fast i livmodern samt placenta previa. Andra orsaker är placenta accreta, increta och percreta, vilket innebär att moderkakan har vuxit in i livmoderslemhinnan och organ. *Thrombin* står för koagulationsrubbningar vilket orsakar cirka en procent av postpartumblödningar och innefattar exempelvis preeklampsi (havandeskapsförgiftning), svår preeklampsi, anemi och placenta-avlossning eller om kvinnan står på blodförtunnande medicin (Internetmedicin, 2018). Överstiger blödningen 1500 ml påverkas alltid cirkulationen samt koagulationen (Holmgren, 2014).

Förebyggande av postpartumblödning

År 2003 infördes aktiv handläggning i efterbördsskedet för att minska postpartumblödning (Begley, m.fl., 2019; Mannheimer Schack, m.fl., 2014). Aktiv handläggning av efterbördsskedet innebär att ge uterotonika (livmoderssammandragande läkemedel) direkt efter barnets födelse, sen avnavling samt göra en kontrollerad dragning i navelsträngen när moderkakan framföds och palpation av livmodern (World Health Organization, 2009; World Health Organization, 2012). Under två timmar efter barnets födelse är det viktigt att observera att uterus är väl kontraherad samt följa blödningsmängden (Internetmedicin, 2018).

Tidig avnavling innebär att navelsträngen klampas och klipps inom en minut efter att barnet är fött, sen avnavling innebär att det utförs efter en till tre minuter. WHO förespråkar sen avnavling vid alla förlossningar för att förhindra postpartumblödning. Tidig avnavling rekommenderas inte utan bör endast ske om barnet mår dåligt och behöver vård på barnakutrummet (World Health Organization, 2012). En europeisk studie om handläggning av efterbördsskedet från fjorton länder

visade att i nio länder klampas och klipps navelsträngen direkt efter förlossning, medan i fem länder klampas och klipps navelsträngen när pulsationerna i navelsträngen har upphört. Slutsatserna som dragits av denna studie var att efterbördsskedet handläggs olika runt om i Europa, endast fem länder hade riktlinjer och policy för handläggning i efterbördsskedet och två länder skrev publicerade riktlinjer efter studien (Winter m.fl., 2007). Nio länder följer alltså inte WHO:s riktlinjer kring avnavling (World Health Organization, 2012). En svensk kontrollerad randomiserad studie påvisar att sen klampning av navelsträngen och avnavling minskade risken för kvarvarande placenta samt maternell blodförlust över 1000 ml efter en normal förlossning (Andersson, Hellström Westas, Andersson, Clausen & Domellöf, 2013).

Passiv handläggning av efterbördsskedet innebär att barnmorskan väntar på signaler att placenta har lossnat, kvinnan uppmuntras att krysta på när hon känner krystvärk, navelsträngen klampas när pulsationerna i denna har upphört eller efter placenta är framfödd. En randomiserad kontrollerad studie från Sahlgrenska Universitetssjukhus angående aktiv eller passiv handläggning i efterbördsskedet, visar att aktiv handläggning minskar blodförlusten jämfört med passiv handläggning av efterbördsskedet. Förstföderskor blödde mer i efterbördsskedet jämfört med omföderskor. Resultatet visade också på att blodvolymen ökade med cirka 40 ml för varje fem minuter som moderkakan fördröjdes. Studiens konklusion var att barnmorskan bör arbeta aktivt vid kvarhållen placenta för att minska risken för större blödning (Jangsten, m.fl., 2010).

Kliniken där studien genomfördes WHO:s riktlinjer gällande förebyggande av postpartum-blödning. För att förebygga postpartumblödning ska barnmorskan ge injektion Oxytocin intramuskulärt en till två minuter efter barnets födelse i syfte att förebygga blödning. Därefter sker sen avnavling två till tre minuter efter födelsen. Efter avnavlingen gör barnmorskan en kontrollerad traktion eller dragning i navelsträngen om en lösningsblödning ses för att kontrollera om moderkakan lossnat, livmodern kan "toppa" sig. Om placenta inte följer när barnmorskan drar i navelsträngen avvaktas vidare handläggning fem till tio minuter räknat från barnets födelse, men om kvinnan blöder måste barnmorskan handla mer aktivt. Barnet rekommenderas att ligga hud mot hud med kvinnan och urinblåsan ska vara tömd. Om placenta ej avgått efter tio till tjugo minuter ges injektion en ml Oxytocin intravenöst, vid blödning ges injektion tidigare. Barnmorskan ska komma två timmar efter att placenta är framfödd övervaka kvinnan och palpera uterus var 15 minut för att minska risken för en atonisk blödning, det vill säga att livmodern inte drar ihop sig. Förlösande barnmorska är ansvarig för patienten men kan delegera till andra yrkeskategorier (Sahlgrenska Universitetssjukhus, 2018). I patientsäkerhetslagen §3 (SFS 2010:659) belyses att

hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera arbetsuppgifter om det sker på en säker grund för patienten. I det här fallet är det barnmorskan som är ansvarig för att den delegerade arbetsuppgiften utförs av en person som är kunnig inom området samt fullföljer arbetsuppgiften.

Klinisk handläggning vid postpartumblödning

Enligt WHO:s riktlinjer angående behandling av postpartumblödning ska Oxytocin ges intravenöst för att livmodern ska dra ihop sig, slutar inte blödningen kan läkemedel som Ergometrin, eller Prostaglandin ges. Intravenöst dropp i form av kristalloid vätska (Ringeracetat) ska ges, Tranexamsyra rekommenderas om Oxytocin och annan uterotonika inte stoppar blödningen, eller om blödningen tros bero på ett trauma. Uterusmassage ska utföras och om blödningen inte stoppas med hjälp av läkemedel eller om läkemedel inte finns tillgängligt kan en intrauterin ballong läggas om orsaken till blödningen beror på atoni. Upphör inte blödningen efter läkemedel samt konservativa ingrepp som uterusmassage eller intrauterin ballongtamponad är nästa steg ett kirurgiskt ingrepp. Aortakompression ska hållas tills andra åtgärder kan utföras. Om placenta inte har avgått ska Oxytocin ges intravenöst eller intramuskulärt samt en kontrollerad dragning av navelsträngen. Pågår efterbördsskedet mer än 30 minuter på grund av att placenta inte är framfödd ska åtgärder vidtas genom en manuell placentalösning och kvinnan bör få en dos antibiotika profylaktiskt (World Health Organization, 2012).

Aortakompression utförs genom att personal håller en knuten hand ovanför naveln en aning åt patientens vänstra sida som sänks ner mot ryggraden. Andra handen känner på pulsationer på femoralisartären, om kompressionen av aorta utförs rätt ska inga pulsationer kännas. Trycket över aorta hålls så länge det är nödvändigt, till blödningen slutar eller om kvinnan ska vidare till operation (Läkartidningen, 2012, Nordström, 2016). Aortakompression är en bra och livräddande manöver för att stoppa blodförlust (World Health Organization, 2009).

Enligt riktlinjer gällande handläggning av stor postpartumblödning följer sjukhuset där studien genomfördes WHO:s riktlinjer. Barnmorskan ska kontakta läkare vid snabb blödning oavsett blödningsmängd, pågående blödning över 500ml samt vid kvarhållen placenta 30 minuter efter förlossningen. Barnmorskan ska överväga att hålla aortakompression vid snabb blödning oavsett hur stor blödningsmängden är. Vidare ska barnmorskan vara vaksam på hur mycket kvinnan blött. Patientens huvudända ska sänkas, syrgas kopplas, patienten ska ha en fri venväg och Hb samt BAS-

test ska tas ifall patienten behöver blodtransfusion. En urinkateter sätts, varm infusionslösning kopplas och 0-negativt blod ges om bastest inte hunnit bli klart. Vidare ges läkemedel enligt läkarordination, som syftar till att uterus ska dra ihop sig samt att stoppa blödningen. Fortsätter blödningen efter givna läkemedel vidtas kirurgiska åtgärder (Sahlgrenska Universitetssjukhus, 2017).

Barnmorskans roll på förlossning

Barnmorskors främsta arbete är att ta hand om kvinnor och deras nyfödda barn utifrån de biologiska, psykologiska, sociala och kulturella behoven vid en normal förlossning. Barnmorskan ska arbeta i partnerskap med kvinnan och främja kvinnans förmåga att kunna ta hand om sig själv och sitt nyfödda barn, ge vård till kvinnan utifrån hennes behov samt kunna arbeta med andra barnmorskor och professioner (International Confederation of Midwives, 2017).

Att arbeta som barnmorska ställer höga krav på yrkesutövning och kunnande i reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Barnmorskan förväntas självständigt handlägga normal graviditet och förlossning samt handlägga komplicerad graviditet i samråd med andra professioner (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Enligt WHO definieras normal förlossning som spontan förlossningsstart i graviditetsveckor 37+0 till och med vecka 41+6, enkelbörd, huvudbjudning samt att mor och barn efter förlossning mår väl (Technical Working Group, World Health Organization, 1997).

Barnmorskan ska kunna samarbeta med och konsultera andra professioner, fatta självständiga beslut, arbeta förebyggande samt främja hälsa. Vidare har hon ett eget ansvar i sin personliga kunskapsutveckling, att arbetet sker utifrån evidensbaserad basis och ur ett etiskt förhållningssätt. I handläggningen på förlossningsenhet har barnmorskan kompetens att självständigt bedöma när en situation inte längre är inom ramen för normal förlossning. Barnmorskan ska vid dessa tillfällen fatta snabba korrekta beslut om när andra professioner ska kontaktas vid komplicerade akuta tillstånd. Vidare ska hon ta ett snabbt beslut när avgörande åtgärder ska sättas in (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Kommunikation i akuta situationer

Kommunikation är ett samspel mellan två eller flera människor. Professionell kommunikation innebär att vara lyhörd, ha empati samt ta till vara på och dela med sig av kunskap och erfarenheter (Georgsson, 2016). Kommunikationen ska fungera för alla vårdgivare för att alla ska få samma bild av patienten (Vårdhandboken, 2019a). De viktigaste förutsättningarna för ett välfungerande och säkert teamarbete är att all personal har en tydlig bild av den aktuella situationen. När det uppstår en akut situation är det oftast mycket vårdpersonal på plats, och de misstag som sker inom vården beror ofta på brister i kommunikationen. Vid rapporteringen av patienten kan det lätt bli missförstånd eller viktig information missas att ge, därför är ett bra kommunikationsverktyg viktigt att använda, till exempel SBAR (Socialstyrelsen, 2019).

För en säker vård för patienten är det viktigt att vårdpersonalen har en god kommunikation i akuta situationer eftersom det är mycket information som ska ges. Det är även viktigt att kommunikationen fungerar i lugna situationer, vid överrapportering av patienter och konsultation med andra specialiteter. SBAR är ett kommunikationsverktyg som alla vårdprofessioner bör använda sig av och som ger viktig information om patienten på ett kort och koncist sätt (Vårdhandboken, 2019a). *SBAR* står för situation, bakgrund, aktuell bedömning och rekommendationer. *Situation* innebär att presentera sig själv och vem det gäller. I *bakgrunden* ges relevant information om patientens bakgrund, i akuta situationer rapporteras det viktigaste om patienten, men i icke akuta situationer rapporteringar ges mer information. I *aktuell bedömning* används ABCDE-modellen för att enkelt strukturera upp patientens tillstånd, även åtgärder som är gjorda sägs här. *Rekommendation* innebär varför personalen tagit kontakt och vad de önskar att exempelvis läkaren ska göra samt när det ska göras. Genom användning av SBAR blir kommunikationen tydligare, risken för vårdskador minskar och patientsäkerheten ökar genom att minska risken att viktig information missas eller glöms bort (Sveriges kommun och landsting, 2018, Vårdhandboken, 2019a).

Problemformulering

De flesta kvinnor som drabbas av en postpartumblödning har inga kända riskfaktorer. Studier påvisar dock att äldre förstföderska, högt BMI och långdragna förlossningsförlopp är några faktorer som ökar risken att drabbas av en stor postpartumblödning i efterbördsskedet. Trots evidensbaserad kunskap och klara riktlinjer för handläggning vid postpartumblödningar, ökar antalet blödningar varje år inom Sverige men även globalt sett vid vaginalförlossning. Finns det riskfaktorer som inte uppmärksammas? Påverkar teamarbete och kommunikation risken för postpartumblödning? Eller finns det faktorer som vårdpersonalen kan påverka och på så sätt förhindra att en postpartumblödning sker?

Syfte

Syftet är att beskriva barnmorskors uppfattning om varför antalet postpartumblödningar ökar samt förslag på hur blödningarna skulle kunna minska.

Metod

Design

Metoden som valdes var en kvalitativ intervjustudie med innehållsanalys, då en kvalitativ metod ansågs lämpligast eftersom uppfattning studerades (Polit & Beck, 2018). Vid en intervjustudie är en innehållsanalys en användbar metod för att granska och tolka transkriberade texter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Tillvägagångssätt/datainsamling

När studien startade kontaktades klinikchefen för Kvinnokliniken samt enhetscheferna på två förlossningsavdelningar på ett sjukhus i Sverige via mejl med information om studien samt vad studien innebar (se bilaga 1). Klinikchefen samt en av enhetscheferna gav sitt godkännande till studien.

Informanter

Inklusionskriteriet för studien var arbetande barnmorskor på vald förlossningsklinik. Barnmorskorna som intervjuades valdes ut genom ett bekvämlighetsurval, vilket innebar att vi mejlade barnmorskor på avdelningen som låg närmast till hands och som ansågs ha kunskap kring området (Blomberg, 2018). Av de tolv barnmorskor som kontaktades via mejl valde sju att delta i studien. Barnmorskorna som intervjuades var i åldern 27 till 60 år. Barnmorskornas verksamma år varierade och barnmorskan med längst arbetslivserfarenhet på vald förlossningsklinik hade arbetat i 30 år. Alla deltagande barnmorskor fick skriftlig information om studien samt gav sitt samtycke skriftlig innan intervjun genomfördes (se bilaga 2 och 3).

Intervjuer

Semistrukturerade individuella intervjuer utfördes med hjälp av en diktafon, sex av intervjuerna genomfördes på vald förlossningsklinik och en i hemmet hos barnmorskan. Varje intervju började med frågor om ålder, när barnmorskan blev färdigutbildad samt hur länge hon arbetat på förlossningsavdelningen vid vald klinik. Två exempel på huvudfrågor som ställdes var: *Varför tror du att siffrorna för postpartumblödning i regionen ökar? Vad tror du verksamheten skulle kunna göra för att minska postpartumblödningar?*, se intervjuguide bilaga 4. Intervjuerna tog tio till 30 minuter att genomföra. Efter varje intervju transkriberades intervjun och raderades från diktafonen.

Dataanalys

Studiens dataanalys utfördes i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2017) med en induktiv ansats, vilket innebar att söka efter mönster i materialet genom en förutsättningslös analys av texterna. Intervjuerna transkriberades och lästes igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten av innehållet. Meningar eller fraser som var relevanta till syftet markerades, dock togs viss omgivande text med för att inte förlora helheten av intervjuerna. Fraserna bildade meningsbärande enheter och kondenserades för att korta ner texten, vilket underlättade förfarandet att se data på ett nytt sätt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). De kondenserade meningarna klipptes ut och lades ut på ett bord och sorterades efter likheter och skillnader som bildade koder, vilket beskrev innehållet av texten utifrån det centrala av de meningsbärande enheterna. Koderna lades sedan samman och utifrån meningar med liknande innehåll bildades sju underkategorier som vidare gestaltade två huvudkategorier. För att kontrollera kodernas rätta betydelse jämfördes koderna mot de meningsbärande enheterna och kondenseringsarna (Ibid), se tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondensering	Koder	Underkategorier	Kategori
Det funkar ju bra om man pratar lite högt tex nu går jag med det här, nu gör jag det här då blir det väldigt tydligt så	Bra att prata lite högt när jag gör det här	Verbal kommunikation	Kommunikation	Faktorer som anses minska risken för postpartumblödning

Etiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver studier som genomförs på grundutbildning eller avancerad utbildning inte ett godkännande av etikprövningsnämnden.

I enlighet med informationskravet gällande forskningsetiska principer lämnades information om syfte och studien till informanten. Barnmorskorna upplystes om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien. Vidare inhämtas godkännande för studien av informanterna enligt samtyckeslagen, se bilaga 3. Intervjuerna är enligt konfidentialitetskravet avidentifierade och kan inte härledas till de enskilda informanterna. Vidare är insamlad data genom intervjuerna endast avsedda för denna studie och kommer ej användas i vidare forskning (Codex, u.å). Dataskyddsförordningen, (GDPR) gäller i hela Europa, det syftar till att skydda personuppgifter från allmänheten (SFS 2018:218).

Resultat

Analys-processen resulterade i två huvudkategorier; *Faktorer som anses öka risken för postpartumblödning* och *Faktorer som anses minska risken för postpartumblödning* (se tabell 2). Resultatet presenterar varje huvudkategori utifrån underkategorier och styrks med citat.

Tabell 2. Resultattabell

Faktorer som anses öka risken för postpartumblödning	Faktorer som anses minska risken för postpartumblödning
Interventioner	Låta naturen ha sin gång
Den förrådiska blödningen	Ändra synsätt på blödning och respektera riskfaktorer
Kvinnans förutsättningar	Kommunikation
Arbetsmiljö	Ett gott teamarbete
	Simuleringsövningar

Faktorer som anses öka risken för postpartumblödning

Av det insamlade materialet framkom det av barnmorskorna att möjliga faktorer som anses öka risken för postpartumblödningar är att det sker fler interventioner, som fler induktioner och värkstimulerande dropp. Några barnmorskor påtalade den förrådiska blödningen som den farligaste blödningen, vilket ibland kan uppstå vid till exempel suturering. Kvinnor som föder sitt första barn är idag äldre, kvinnor är idag sjukare, äter mer mediciner och har ett högt BMI. Vidare anser barnmorskorna att stressen i arbetsmiljön och högt flöde av födande kvinnor på avdelningen är en bidragande orsak till att blödningarna ökar.

Interventioner

De flesta barnmorskor som intervjuades ansåg att orsaken till stor postpartumblödning ofta berodde på interventioner, som till exempel induktioner.

När vi har de här långa induktionerna där livmodern har jobbat jättelänge, liksom samma som de som haft lång latens eller långt utdrivningsfas eller vad det nu kan vara. När livmodern börjar bli trött då tycker jag att det känns som att man har en större blödningsbenägenhet. Och vi får ju fler och fler induktioner känns det som i alla fall. (Barnmorska 4)

Vidare ansågs värkstimulerande Oxytocindropp, sugklockor och klipp vara en bidragande orsak till en postpartumblödning. När Oxytocinet går ur kroppen produceras urin, vilket leder till fylld urinblåsa och försvarar att livmodern drar ihop sig, en bidragande faktor till ökad blödning.

Som var en induktion tre dagar och det var långdraget och hon hade jättestora mängder Syntocynon (...) man hade tappat urinblåsan innan förlossningen och två timmar efter då stod det två liter urin i blåsan så när jag klämde på livmodern så blev ju hela sängen, blev det ju blod i och det var också en av de värsta. (Barnmorska7)

Den förrådiska blödningen

Några barnmorskor talade om den ”förrådiska blödningen” som den farligaste blödningen på grund av att det rinner på och det kan vara svårt att lokalisera var den kommer ifrån. Flera av barnmorskorna uppger att förrådisk blödning ofta sker i samband med suturering, eftersom barnmorskan ofta sitter ensam och suturerar. Det sivar på och barnmorskan torkar mycket med tussar som inte blir vägda och helt plötsligt är blödningen uppe i stora mängder.

Men jag tror att det som är lite förrådiskt och som vi jobbar mycket med nu är de här med bristningsblödningar där det sivar lite hela tiden. Så märker man inte att man kommer upp i stora mängder förrän man sitter där och man upptäcker att oj nu har det visst blött 600, 700 ml av bara tussar liksom, och jag tror att dom är farliga. För då sitter man där och man blir liksom blind och man sitter och försöker sy och man får inte stopp på det. (Barnmorska 4)

Flera barnmorskor önskar bejaka det normala i förlossningen och låta den naturliga fysiologiska processen göra sitt vilket ibland leder till tveksamheter. Några barnmorskor uppgav att de

balanserar mellan det normala och onormala vilket påverkar synen på hur stor blödningen egentligen är.

Uterus var välkontraherad men det va liksom som att det småsivade lite men så bestämde jag mig för att det här är normalt, så tänkte jag att det här va ju hennes fjärde barn och det hade varit en normal förlossning plus att kvinnan ville ha det väldigt naturligt det va så här mörkt och nedsläckt och musik där nere i bakgrunden så jag nog drogs liksom med av att de här va så normalt (...) då va det plötsligt 950ml.(Barnmorska1).

Kvinnans förutsättningar

Flertalet av de intervjuade barnmorskorna upplever att förlossningen idag blir mer medicinsk och komplicerad.

Jag vet inte exakt men om jag går på min känsla och tänker på förlossningarna så blir de mer medicinska och komplicerade plus att kvinnorna är sjukare liksom och med vissa sjukdomar så blir det komplicerade förlossningar. (Barnmorska 6)

Kvinnor är idag sjukare med till exempel preeklampsi, högt blodtryck, diabetes och äter mer mediciner. Dessa kvinnor kom tidigare till Specialförlossningen, men sedan en kort tid tillbaka kommer de till normalförlossningen.

De här som står på SSRI-preparat att de har ökad risk för blödning också och det är ju många som står på det. För det vet man ju att dom blöder mer och så, vi har ju fått de här svåra preeklampsierna här med magnesiumdropp och allt detta som vi inte hade förut. (Barnmorska 7)

Flera barnmorskor uppgav att ökning av blödning beror på långdragna förlopp och fler kvinnor med högt BMI, vilket också försvårade palpation av uterus i efterbördsskedet något som kan leda till postpartumblödning.

Då är det ju svårt att hitta den och främst att man klämmer till den ordentligt och trycker ut alla koagler det är ju svårare ju större kvinnan är ah om vi blir större och större blir det ju svårare och svårare. (Barnmorska 4)

Då skulle jag ändå tro att det beror på patienten och inte på oss. Patientgruppen med högt BMI, långdragna förlopp och jag tänker äldre förstföderskor som jag tycker ofta blir mer långdraget förlopp. (Barnmorska 3)

Arbetsmiljö

När det gäller blödning under efterbördsskedet beskrev en del av barnmorskorna att det kan bli en stressad situation när det är många saker som ska kommas ihåg. Det är ett stort patientflöde till denna avdelning med många födande kvinnor och stress som påverkade barnmorskorna vid förlossning.

Sen tror jag också att när det, när man har många patienter, det finns ju andra grejer som gör att de kan börja blöda också att man har många födande kanske och du inte hinner göra de här uteruspalpationerna och du kanske inte hinner se att har hon kissat efter förlossningen när hon har EDA och så. Om du har haft en förlossning och så får du en ny, så kanske du inte hinner klämma så mycket på uterus som du kanske velat göra då och se att hon har kissat och så. (Barnmorska7)

Vidare tog flera barnmorskor upp att tiden för att kontrollera uterus postpartum samt att kvinnan hade urin i urinblåsan begränsades av tidspress.

Stress påverkar i allra högsta grad. Vi har pratat om det lite att när det är mycket att göra kanske fler kvinnor har urin i blåsan, uterus ej kan kontraheras, man har inte tiden att palpera uterus riktigt så mycket som man skulle behöva gör det tror jag säkert kan påverka, och så jag tror att det ökar blödning. (Barnmorska 1)

De flesta barnmorskor ansåg att det är lätt att få tag på läkaren och att de snabbt är på plats på rummet. Några av barnmorskorna uppgav dock en oro över att inte få tag på läkare vid pågående blödning, en oro som orsakat stress vid några tillfällen.

Men just att man hade ju ringt runt i huset och inte fått tag på någon doktor, det blöder, kan du komma? De finns liksom ingen, det tyckte jag var lite jobbigt. (Barnmorska7)

Faktorer som anses minska risken för postpartumblödning

Att som barnmorska främja det normala förloppet och ge kvinnan kontinuerligt stöd anses kunna minska risken för en stor postpartumblödning. De menade också på att förbättrad kommunikation och ett bra teamarbete kan förbättra handläggningen och förhindra en stor postpartumblödning. Simuleringsövningar för både ny och erfaren personal kan förbättra utfallet samt att vara på tårna och förutseende för kvinnans riskfaktorer kunna minska en stor postpartumblödning.

Låta naturen ha sin gång

Några av barnmorskorna belyste vikten av att bejaka det normala förloppet och främja en stressfri miljö i efterbördsskedet för att minska risken för postpartumblödning.

Jag tror mycket på att det här att man inte ska störa, (...) inte hålla på och klämma för mycket på livmodern och stressa mamman. Bara att lägga en hand på kan räcka man behöver inte hålla på att trycka och klämma för mycket för det stör det naturliga frisättningen av hormonerna vilket gör att livmodern dras samman. Det är synd att vi inte kan låta naturen ha sin gång oftare. (Barnmorska 6)

Även stöd till kvinnan under förlossningen anses kunna minska risken för interventioner och postpartumblödning.

Att man kan ge ett kontinuerligt stöd till kvinnan så att man slipper göra interventioner i förlossningen. (Barnmorska 5)

Ändra synsätt på blödning och respektera riskfaktorer

En barnmorska menade att personalen bör ändra sitt synsätt på postpartumblödningar, inte tänka att 500 ml är normalt för en kvinna att blöda.

Men här i och med att det diagnossätts då så med 1000 ml så är det många som tycker att 1000 är väl ingenting det är väl det som är normalt. Men det är ju för svenska kvinnor då för vi har ju bättre förutsättningar än i andra länder och där dör ju kvinnorna i blödningar (...) våran syn på blödningar kanske också ska ändras så att, vi ska inte ha kvinnor som blöder 1000 eller 990 eller så. (Barnmorska 7)

Flera barnmorskor belyste vikten av att identifiera riskfaktorer samt vara förutseende att en postpartumblödning kan uppstå om kvinnan har riskfaktorer och då ha läkemedel i beredskap.

Man är lite på tårna om speciellt om man har en kvinna med riskfaktorer och tidigare stor blödning. Man är förutseende och ser till att det finns en nål liksom och ger det extra Oxytocinet tidigt, vara steget före hela tiden. (Barnmorska 5)

En barnmorska menade även på att läkare bör vara snabbare med läkemedelsordinationer som hämmar blödning.

Och sen att vi ska vara mer frikostiga med det här med cyklokapronet också har vi diskuterat, för det ger dem ju på alla snitten. (Barnmorska 7)

Kommunikation

Barnmorskorna uttryckte i intervjuerna att kommunikation var en stor och viktig del vid en postpartumblödning. Det kommunikationsverktyg som oftast används vid en akut situation var SBAR. De flesta barnmorskor upplever att SBAR fungerar bra vid en akut situation.

Jag tycker att det är en väldigt bra kommunikation mellan professionerna, men just det här att vi är ganska lugna liksom, det är inte så att vi skriker ut ordinationer och ditten och datten utan det vi har gjort det här ganska många gånger. (Barnmorska 4)

Barnmorskorna som intervjuades nämnde att tala högt och tydligt vad personen har gjort gav en tydlighet och bra överblick i vidare handläggning. Det blev även enkelt för barnmorskan eller undersköterskan som antecknades att se vad som gjordes vilken tid.

Man måste säga högt vad man gör. Nu har jag satt nål och gav methergin tex. Och nu har jag tömt blåsan, och nu blödnigen undersköterskan räknar ju, nu är blödnigen 1,3 eller 1,2 liter så och läkaren gör sin undersökning och alla måste ju kommunicera och en är ledaren. Och någon antecknar. (Barnmorska 2)

Flera av barnmorskorna belyste vikten av att reflektera och kommunicera med varandra efter en postpartumblödning och önskade att det fanns tid och resurser för att genomföra detta.

Man reflekterar efteråt om att tyvärr så gick det inte bra men tyvärr är det ju så i vår organisation att det inte sker med andra yrkeskategorier för det hinns inte med, jouten har många patienter och det är ju ett flöde av patienter också. Det skulle vara bättre bemanning för att ha reflektion. (Barnmorska 6)

En barnmorska ansåg att det är viktigt att vara ödmjuk och lära av varandra, ny som erfaren personal.

Kunskap är makt, det är bra att man lär sig varje gång. Händer en blödning man hanterar mindre dåligt får man utveckla det och prata om det och hur gör vi bättre nästa gång, ger varandra feedback. Kanske du som började här förra månaden har haft 3 blödningar, du har ju mycket mer kunskap än vad jag har. Så får du ge mig feedback, det spelar ingen roll om du har jobbat 3 månader. Jag tycker att man måste vara ödmjuk och lära av varandra. (Barnmorska 2)

Gott teamarbete

Alla barnmorskor upplevde att teamarbetet för det mesta fungerade vid en akut situation, till exempel postpartumblödning. Några barnmorskor upplevde dock att teamarbetet kunde förbättras och utvecklas.

Det optimala är om man inte är för många, utan kanske två barnmorskor, en läkare, en undersköterska kanske två beroende på vad som ska göras. För ibland om det blir för många, då är det svårt om folk håller på med lite olika saker på olika ställen. Så det bästa är om det är en person som håller i det förslagsvis den ansvariga barnmorskan och sen är det två barnmorskor som utför ordinationer, det är förstas läkaren som gör ordinationen. (Barnmorska 1)

De flesta barnmorskorna belyste vikten av att ha en så kallad timeout i samband med postpartumblödning och de önskade även att detta används mer vid denna situation. Ta en paus och samla sig när all personal har kommit in på rummet, presentera sig och få rapport om patienten de har framför sig samt vad som är gjort och vad som ska göras.

I det bästa av världar har det ju blivit en timeout och det är ganska bra om man tar den tiden, (...) Om man kan ta timeouten när alla kommit så känner ju alla till situationen liksom vad var och en ska göra. (Barnmorska 1)

Simuleringsövningar

Flertalet av barnmorskorna har nämnt att de önskar någon form av träning kring postpartumblödningar och att både ny och erfaren personal behöver träning i akuta situationer. En erfaren barnmorska kan ha arbetat flera år på avdelningen, men inte haft en postpartumblödning på länge och hon behöver också träning för att upprätthålla sina kunskaper.

Träning av både ny och erfarenhet personal som tränar så att man har det fräscht tex blödningar (...) Jag hade önskat att vi skulle träna någon gång mer på det på avdelningen vid något tillfälle, så är det ju med flera andra grejer med för att hålla det fräscht i minnet och det kan ju verkligen bli akut, teamträning så det hade jag önskat. (Barnmorska 5)

En barnmorska belyste vikten av att ta lärdom av hur andra sjukhus arbetar i frågan gällande postpartumblödning.

Hur arbetar andra sjukhus som har mindre blödningar än oss? Vi kan kanske lära oss från de, det skaffar kunskap. (Barnmorska 2)

Diskussion

Metoddiskussion

Datainsamlingen

Enhetschefen mejlade ut en förfrågan om att delta i studien till alla medarbetare på avdelningen samt skrev i deras veckobrev, men fick inget svar. Rekrytering av informanter ansågs svår och deltagarna valdes därför ut med hjälp av bekvämlighetsprincipen. Tolv barnmorskor med kunskap inom området och med olika arbetslivserfarenheter kontaktades via mejl. Det ansågs som en styrka att intervjua barnmorskor med varierande arbetslivserfarenhet från några månader till mer än 30 år, då de har olika erfarenheter med sig. En svaghet var att endast en av vårdenhetscheferna godkände att intervjuerna kunde genomföras och studien fick endast perspektiv utifrån arbetssätt och synpunkter från en avdelning.

Val av semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod ansågs vara en bra metod eftersom resultatet speglar syftet, att studera barnmorskors uppfattningar om det valda ämnet. Innan intervjun hade vi förberett en intervjuguide med öppna frågor, därmed kunde intervjupersonen vara fri i att utforma svaren på sitt eget sätt (Bryman, 2018). En provintervju bör genomföras med en eller flera informanter för att undersöka om frågorna är relevanta för resultatets utfall, om tiden är hållbar samt övning i intervjuteknik om intervjuare är oerfarna (Danielsson, 2017). En pilotstudie för att testa ut frågorna har inte genomförts på grund av tidsbrist och anses vara en svaghet på grund av att viktig data kan ha gått förlorad. Diskussion har förts kring detta och idag hade vi gjort annorlunda och tagit tid till att testa ut frågorna för att se om syftet blev besvarat eller om vissa riktade frågor mot syftet skulle lagts till. En styrka i datainsamlingen var att båda studenterna deltagit vid intervjuerna, båda hade hört vad informanten sagt och kunde relatera till det i dataanalysen. Intervjuerna spelades in och viktiga ord och meningar antecknades under intervjuens gång för att spinna vidare på det när tillfälle gavs i intervjun.

De flesta intervjuerna gjordes under arbetstid och anses som en svaghet i vår studie. Två av barnmorskorna var stressade på grund av att de hade förlösande kvinnor samtidigt som de blev intervjuade, vilket resulterade i att intervjuerna endast blev tio minuter långa. En annan svårighet var att hitta ett bra rum för intervjuerna som var avskilt och där ingen annan kunde höra vad som blev sagt. Vid ett tillfälle intervjuades en barnmorska i personalrummet där det var några andra ur personalen i samma rum. En barnmorska intervjuades i hemmet i en avslappnad miljö vilket gav

förutsättningar för en bättre intervju med uttömmande svar utan begränsning av aktuell arbetssituation, medan de resterande barnmorskorna var begränsade under sitt arbetspass.

På grund av att endast en enhetschef godkände studien blev endast sju barnmorskor intervjuade från en förlossningsklinik. Mer tid att genomföra studien på, fler deltagare från de andra förlossningsavdelningarna på det valda sjukhuset eller på andra sjukhus runt om i regionen och landet hade berikat studiens resultat.

Dataanalysen

Enligt Polit och Beck (2018) var kvalitativ metod lämplig då syftet var att undersöka uppfattningar om ett visst fenomen. Flera analysmetoder undersöktes och slutligen valdes innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) på grund av att denna metod ansågs vara lämplig för att beskriva barnmorskors uppfattningar om postpartumblödning. Avsikten med studien var att beskriva det textnära och inte göra tolkningar av det som sägs mellan rader, varav manifest metod i innehållsanalysen var lämplig (ibid).

Efter varje intervju transkriberades ljudfilen enskilt och ljudfilerna delades upp lika. De transkriberade texterna lästes igenom flera gånger innan analysprocessen påbörjades. Analysprocessens fyra steg följdes noggrant i vald analysmetod, vilket ökar studiens pålitlighet (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017). Vi gick hela tiden tillbaka till de transkriberade texterna i varje steg för att ingen data skulle gå förlorad. Varje steg under analysprocessen diskuterades och analyserades tillsammans vilket gav en klarare och mer genomarbetad överblick av studiens resultat.

Vad gäller förförståelse försökte studenterna ha ett öppet sinne till denna studie och försökte att utelämnas egna värderingar och tankar för det studerade området. Eftersom vi har erfarenheter och teoretisk kunskap gällande detta område var det svårt att helt utesluta vår förförståelse och dess påverkan i analysprocessen. Men förförståelsen kan också öppna upp möjligheter att upptäcka ny kunskap och nå en djupare förståelse av det studerade området (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017).

Barnmorskor intervjuades endast på en förlossningsavdelning på valt sjukhus och resultatet är därför uppbyggt på uppfattningar utifrån de förutsättningar och riktlinjer som finns på just detta sjukhus. Därför kan studiens överförbarhet diskuteras. Hade studien gjorts på fler sjukhus i andra

regioner kunde resultatet ha blivit annorlunda eller liknande det som framkommit i denna studie, studien hade då i större utsträckning kunnat vara överförbar. Vi anser dock att orsakerna till varför postpartumblödningar ökar bör vara densamma i hela landet och därför kan resultatet från denna studie kan vara intressant också för andra förlossningskliniker i Sverige.

Ur de etiska aspekterna var det svårt att bevara anonymitet och konfidentialiteten för de intervjuade barnmorskorna på avdelningen. Det är en liten enhet och kollegorna visste vilka barnmorskor som skulle bli intervjuade. Studenterna har reflekterat över etiska aspekter i val av citat, och värderat valda citat utifrån etik och om de kan kännas igen av kollegor.

Resultatdiskussion

Studiens resultat bygger på två huvudkategorier *faktorer som kan öka risken för postpartumblödning* och *faktorer som kan minska risken för postpartumblödning*, huvudkategorierna består av fyra, respektive fem underkategorier. Resultatet baseras på de intervjuade barnmorskornas uppfattning om varför postpartumblödningar ökar samt förslag på hur de skulle kunna minska.

Faktorer som kan öka risken för postpartumblödning

En majoritet av barnmorskorna anser att interventioner, som Oxytocindropp vid induktioner samt påskyndandet av förlossningen vid utebliven progress, är en indikator till varför postpartumblödningar ökar. Resultatet styrks av en fransk populationsbaserad kohortstudie där risken för postpartumblödning ökade en till fem gånger för kvinnor som erhöll Oxytocindropp under förlossningen, beroende på vilken mängd Oxytocin kvinnan fick. Slutsatsen som forskarna drog av studien är att endast ge minimalt med Oxytocindropp under förlossning för att minimera risken för postpartumblödning (Belghiti m.fl., 2011). I vår studie belyser en av barnmorskorna att tillförsel av syntetiskt Oxytocin under förlossningen stör det kroppsegna Oxytocinet vilket förhindrar den fysiologiska processen. En svensk studie av Uvnäs-Moberg m.fl. (2019) visar att syntetisk tillförsel av Oxytocin inte har samma gynnsamma effekter som det kroppsegna Oxytocinet. Det endogena Oxytocinet bidrar till att kvinnans humör, beteende och fysiologi påverkas positivt och är till fördel i efterbördsskedet då det ökar ytterligare och främjar uterus att kontraheras och släppa ifrån sig placentan. Det syntetiska Oxytocinet har inte samma effekter eftersom det endast påverkar uterus att kontraheras (Ibid).

Sex av barnmorskorna som intervjuades menar på att induktion troligen är en orsak till postpartumblödning, induktioner tenderar att bidra till att förlossningsförloppen blir långdragna. En svensk kohortstudie visar på att ett långt utdrivningsskede ökar postpartumblödning på grund av atoni, kvarhållen placenta eller bristningar i vagina eller cervix. Från det att kvinnan är fullvidgad ökar risken för postpartumblödning med tio procent för varje timme som går (Looft m.fl., 2017).

Enligt riktlinjer från det sjukhus som studien genomfördes på gällande stor postpartumblödning ska läkare kontaktas vid 500 ml (Sahlgrenska Universitetssjukhus, 2017). Barnmorskorna anser att dessa riktlinjer är tydliga och klara, dock framkom det i intervjuerna att barnmorskorna kontakter läkarna vid olika mängd blödning. Är det en orsak till stora blödningar, att några barnmorskor inte kontakter läkaren när blödning uppnått 500 ml utan väljer att avvakta? Är det för att barnmorskorna önskar bevara det normala och naturliga i största mån? För att barnmorskan handskas med konflikterna om vad som är deras arbetsområde och läkarens arbetsområde?

Flertalet av barnmorskorna menar att kvinnans individuella förutsättningar påverkar vid postpartumblödning. Dagens förstföderskor blir äldre och har en genomsnittsålder på 30 år, jämfört med 23 år på 70-talet (Statistikmyndigheten, 2019). Barnmorskorna anser att hög ålder, förstföderska samt högt BMI hos kvinnan medför en ökad risk att drabbas av postpartumblödning vilket även Jangsten m.fl. (2010) tar upp i sin studie. I Sverige beräknas cirka 51 procent lida av övervikt eller fetma, under 20 år har procenten för fetma fördubblats. År 2018 hade 12,8 procent av förstföderskor och 17,3 procent av omföderskor ett BMI över 30. Den ökade trenden för fetma ses främst hos förstföderskor (Graviditetsregistret, 2019b). En studie från Nya Zeeland visade att kvinnor som var förstföderskor och hade högt BMI löpte en tvåfaldig risk att drabbas av postpartumblödning över 1000ml. Det påpekas också i studien att dessa kvinnor ska ges högsta beredskap i handläggning av en eventuell postpartumblödning (Fyfe, Thompson, Anderson, Groom & McCowan, 2012). En svensk kohortstudie baserad på siffror från befolkningsregistret visar att kvinnor med ökat BMI har en markant större risk att drabbas av en atonisk blödning postpartum (Blomberg, 2011).

Vidare framkommer det i vår studie att kvinnor som står på SSRI preparat under graviditeten löper en ökad risk för blödning. Enligt en studie av Heller m.fl. (2017) tar två till tre procent av alla gravida i Europa SSRI-preparat under graviditeten. Läkemedlet påverkar blodplättarna och

koagulationen vilket ger en ökad risk för postpartumblödning vid intag av preparatet under graviditet. Studien visar också att även andra mediciner mot depression ökar blödningen signifikant (Ibid).

I studiens resultat framkommer det också att arbetsmiljön spelar in vid handläggningen av postpartumblödning. Barnmorskorna är ofta stressade på grund av hög arbetsbelastning och hinner inte att palpera livmodern så ofta de önskat efter förlossningen. Enligt riktlinjer från det sjukhus där studien genomfördes gällande förebyggande av postpartumblödning ska livmodern palperas var femtonde minut under två timmar (Sahlgrenska Universitetssjukhus, 2018). I WHO:s riktlinjer står det att kvinnan inte ska bli lämnad ensam de första timmarna efter förlossningen (World Health Organization, 2012). Vi anser är att det är synd att barnmorskan inte kan vara hos kvinnan under den tiden, på grund av att hon kan få en atoni i efterförloppet relaterat till att uteruspalpationer inte hinns med eller att urinblåsan plötsligt blir fylld och hon börjar blöda. Om barnmorskan hade tid att vara hos kvinnan under de första timmarna, kan hon eventuellt förebygga att en stor postpartumblödning uppstår.

Faktorer som kan minska risken för postpartumblödning

I studiens resultat framkommer det att två av barnmorskorna tror att kontinuerlig närvaro hos paret kan minska postpartumblödning. I en studie av Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala (2013) belyses det att kontinuerligt stöd under förlossningen förbättrar förlossningsupplevelsen och förlossningsutfallet. Det ökar möjligheten för en spontan vaginalförlossning, kortare förlossningslängd, minskar risken för instrumentell förlossning och kejsarsnitt samt mindre användning av smärtlindring. I studien framkom det dock inte att kontinuerligt stöd minskar risken för blödning (Ibid), men vi anser att om kvinnan känner sig trygg och barnmorskan främjar en stressfri miljö minskar risken för komplikationer.

Flera barnmorskor i studien menar att barnmorskan bör vara på tårna och vara förutseende gällande kvinnor med riskfaktorer där en postpartumblödning kan ske. Blomberg (2011) belyser i sin studie att det är stor skillnad på magra och överviktiga kvinnor att drabbas av en postpartumblödning, det är därför det är viktigt för barnmorskan att vara aktiv under efterbördsskedet samt ha beredskap för att en postpartumblödning kan ske.

En barnmorska uppgav i intervjun att läkare bör vara mer frikostiga med att ordinera Cyklokapron (Tranexamsyra) vid postpartumblödningar. WHO har uppdaterat sina riktlinjer kring

Tranexamsyra, nya riktlinjerna belyser att läkemedlet ska ges vid alla postpartumblödningar, snarast möjligast men senast tre timmar efter förlossningen. Har kvinnan fått diagnosen postpartumblödning, ska läkemedlet ges oberoende blödningsmängd (World Health Organization, 2017).

Vid en akut situation är det viktigt att all personal har en liknande bild av situationen och det är därför viktigt att ge en kort och koncis rapport med den viktigaste informationen om patienten (Socialstyrelsen, 2019). Studiens resultat påvisar att kommunikation genom SBAR vid en postpartumblödning är viktig. Alla barnmorskor använder sig inte av SBAR men för att strukturera rapporten och underlätta handläggningen är det enligt barnmorskorna i studien, ett bra verktyg. I en svensk studie av Blom, Petersson, Hagell och Westergren (2015) belyses det att SBAR är ett effektivt kommunikationssätt samt att det främjar patientsäkerheten, eftersom det minskar risken att viktig information missas att rapporteras. De påvisar även att all vårdpersonal är villiga att ändra sitt sätt att kommunicera och rapportera på. Några av de intervjuade barnmorskorna anser att SBAR inte fungerar, det anses därför vara ännu viktigare att all personal tränar på att rapportera utifrån SBAR. Vi anser att alltid kommunicera genom SBAR, vilket underlättar rapporten i en akut situation på grund av att rapporteringsstrategin är inövad och sitter i ryggmärgen.

Flertalet av barnmorskorna menade att teamarbetet oftast fungerar väl, men att vissa saker kan förbättras. En barnmorska ansåg att det var viktigt att inte vara för många på rummet, eftersom det är svårt att lokalisera vad alla gör, en annan barnmorska uttryckte vikten av att känna sig som ett team och inte som vi och dem. Vårdhandboken (2019b) skriver att i dagens avancerade sjukvård krävs det att personalen arbetar som välfungerande team för att ge god patientsäker vård. Teamarbete innefattar olika komponenter; gemensamt mål att sträva mot, tydliga roller, avstämning regelbundet och en god kommunikation. WHO (2008) har tagit fram riktlinjer kring Timeout under kirurgiska operationer. Detta innebär att all personal på rummet informerar om sitt namn och profession samt att en personal går igenom en checklista för att bekräfta vad som ska opereras (World Health Organization, 2008). För att personalen ska få information kring patienten och få en bild av situationen anser flera av barnmorskorna att en timeout är viktig. När all personal är samlad rapporterar barnmorskan till övrig personal och de strukturerar upp vidare handläggning. Barnmorskorna nämner även att timeout oftast förekommer vid kirurgiska ingrepp exempelvis vid sugklocka eller kejsarsnitt men barnmorskorna önskar även, i de bästa av världar timeout också vid en postpartumblödning.

I resultatet framkommer det att flertalet av barnmorskorna efterlyser mer träning på olika scenarion för att få ett bättre teamarbete och kommunikation i akuta situationer. En studie i Australien har påvisat att ett obstetriskt multiprofessionellt simulerings-teamarbete ledde till en förbättrad kommunikation, ett bättre teamarbete och det blev tydliga arbetsroller. Ett obstetriskt multiprofessionellt simulerings-teamarbete gav även bättre kunskap om handläggningen och dess procedur och riktlinjer och detta ledde till att både barnmorskor och obstetriker kände sig säkrare i hanteringen av en akut obstetrisk situation (Kumar m.fl., 2018). Vidare visar även en studie från USA att deltagarna känner sig säkrare att hantera en obstetrisk nödsituation som postpartumblödning efter att fått träna på simuleringsövningar (Lutgendorf m.fl., 2017).

Slutsats

Slutsatsen av studien är att det finns riskfaktorer hos kvinnan som påverkar att hon drabbas av en postpartumblödning som vårdpersonal inte kan påverka. Andra faktorer som spelar in är arbetsmiljö och interventioner i förlossningsvården som påverkar en postpartumblödning. Sivande blödning kan barnmorskor göra något åt genom att vara mer observanta samt väga tussar i samband med suturering. Förbättrad kommunikation vid akuta situationer och teamarbete anses kunna minska stor postpartumblödning och snabb handläggning kan förebygga postpartumblödning. Vårdpersonalen bör acceptera och respektera kvinnans riskfaktorer och vara frikostig med att ge förebyggande läkemedel. Barnmorskor önskar att främja den naturliga processen och genom att ge den födande kvinnan kontinuerligt stöd anses det kunna minska interventioner och därigenom förebygga postpartumblödningar. Vidare efterfrågas reflektionstid efter handläggning av postpartumblödning samt att få utföra simuleringsövningar relaterat till postpartumblödning. Barnmorskan bör även kunna ge varje födande kvinna den tid som hon behöver för att säkerställa en god patientsäker vård.

Förslag till förbättringsarbeten samt fortsatt forskning

Förslag till förbättringsarbete är att undersöka om rutiner och riktlinjer för postpartumblödning följs och om rutiner och riktlinjer är adekvata. Fortsatt forskning behövs kring de orsaker barnmorskorna i denna studie anser öka risken för postpartumblödning. Om interventioner från sjukvårdens sida ökar blödningsrisken, om kontinuerligt stöd till kvinnan minskar risken och om stress och låg bemanning påverkar blödning.

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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 92(5), 567-574. Doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01530.x.
- Begley, C.M., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A. & Biesty, L.M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5.
- Belghiti, J., Kayem, G., Dupont C., Rudigoz, RC., Bouvier-Colle, MH. & Deneux-Tharaux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 1. Doi: 10.1136/bmjopen-2011-000514.
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P. & Westergren, A. (2015). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences* 8(3), 530-535.
- Blomberg, K. (2018). Kvalitativ metod. I O. Nyrén, M. Garwicz, K. Nilsson, & M. Shoshan (Red.), *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen* (s. 251-266). Stockholm: Liber AB.
- Blomberg, M. (2011). Maternal Obesity and Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology* 118(3), 561-568. Doi: 10.1097/AOG.0b013e31822a6c59.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Codex. (u.å). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad den 21 november 2019, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Danielsson, E. (2017) Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- El-Refaey, H. & Rodeck, C. (2003). Post-partum haemorrhage: definitions, medical and surgical management. A time for change. *British Medical Bulletin* 67, 205-217. DOI: 10.1093/bmb/ldg01.
- Fyfe, EM., Thompson, JM., Anderson, NH., Groom, KN. & McCowan, LM. (2012). Maternal obesity and postpartum haemorrhage after vaginal and caesarean delivery among nulliparous women at term: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12(112). Doi: 10.1186/1471-2393-12-112.
- Georgsson, S. (2016). Information och psykologiska aspekter kring fosterdiagnostik. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (s.289-298). Lund: Studentlitteratur.

- Graviditetsregistret (2019a). *Graviditetsregistrets årsrapport 2017*. Hämtad den 28 november 2019 från <https://www.medscinet.com/GR/>
- Graviditetsregistret (2019b). *Graviditetsregistrets årsrapport 2018*. Hämtad den 15 november 2019 från <https://www.medscinet.com/GR/>
- Heller, HM., Ravelli, ACJ., Bruning, AHL., de Groot, CJM., Scheele, F., van Pampus, MG. & Honing, A. (2017). Increased postpartum haemorrhage, the possible relation with serotonergic and other psychopharmacological drugs: a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(1), 1334-1344. Doi 10.1186/s12884-017-1334-4.
- Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews* 7. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Holmgren, P-Å. (2014). Postpartumblödningar. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s.519-527). Lund: Studentlitteratur.
- International Confederation of Midwives. (2017). *Definition of Midwifery*. Hämtad den 19 november 2019, från https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_midwifery.pdf
- Internetmedicin (2018). *Postpartumblödning (blödning i samband med förlossning)*. Hämtad den 5 november 2019 från <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=6173>
- Jangsten, E., Mattsson, L-Å., Lyckestam, I., Hellström, A-L. & Berg, M. (2010). A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. *BJOG* 118(3), 362-369. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02800.x.
- Kumar, A., Sturrock, S., Wallace, EM., Nestel, D., Lucey, D., Stoyles, S., ... Dekoninck, P. (2018). Evaluation of learning from Practical Obstetric Multi-Professional Training and its impact on patient outcomes in Australia using Kirkpatrick's framework: a mixed methods study. *BMJ Open* 8(2). Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017451.
- Looft, E., Simic, M., Ahlberg, M., Snowden, JM., Cheng, YW. & Stephansson, O. (2017). Duration of Second Stage of Labour at Term and Pushing Time: Risk Factors for Postpartum Haemorrhage. *Paediatric and perinatal epidemiology* 31(2), 126-133. Doi: 10.1111/ppe.12344.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.219-234). Lund: Studentlitteratur.

- Lutgendorf, MA., Spalding, C., Drake, E., Spence, D., Heaton, JO. & Morocco, KV. (2017). Multidisciplinary In Situ Simulation-Based Training as a Postpartum Hemorrhage Quality Improvement Project. *Military Medicine* 182(3), 1762-1766. Doi: 10.7205/MILMED-D-16-00030.
- Läkartidningen. (2012). Abdominell kompression av aorta effektiv vid svår postpartumblödning. Hämtad den 21 november 2019, från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18551>
- Mannheimer Schack, S., Elyas, A., Brew, G. & Odberg Pettersson, K. (2014). Experiencing challenges when implementing Active Management of Third Stage of Labor (AMTSL): a qualitative study with midwives in Accra, Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth Volume* 14(193). Doi:10.1186/1471-2393-14-193.
- McLintock, C. & James, H. (2011). Obstetric Hemorrhage. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 9(8), 1441-1451. Doi: 10.1111/j.1538-7836.2011.04398.x.
- Nordström, L. (2016). Akuta tillstånd under förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (s.593-619). Lund: Studentlitteratur.
- Nyfløt, T-L., Stray-Pedersen, B., Forsén, L., Vangen S. (2017). Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study. *PloS One*, 12(4). Doi: 10.1371/journal.pone.0175306.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Nursing research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2017). *Postpartumblödning - stor - behandling*. Hämtad den 12 november 2019, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/20214/Postpartumbl%C3%B6dning%20-%20stor%20-%20behandling.pdf?a=false&guest=true>.
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2018). *Postpartumblödning - förebyggande*. Hämtad den 12 november 2019, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/21591/Postpartumbl%C3%B6dning%20f%C3%B6rebyggande.pdf?a=false&guest=true>
- SFOG. (2018). *Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi*. Hämtad den 5 december 2019, från https://www.sfog.se/natupplaga/SFOG_nr79cdcc5acb-e759-4fab-834d-7953f6204054.pdf
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2018:218. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*.

Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2019). *Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad den 11 december

2019, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>

Statistikmyndigheten. (2019). *Föräldrars ålder i Sverige*. Hämtad 13 december 2019, från

<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/foraldrars-alder-i-sverige/>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

Hämtad den 18 november 2019, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Sveriges kommun och landsting. (2018). *SBAR – Kommunlicera strukturerat i vården*. Hämtad

den 19 november 2019, från

<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarstruktureradkommunikation.748.html>

Technical Working Group, World Health Organization (1997). Care in Normal Birth: A Practical

Guide. *Birth issues in perinatal care* 24(2), 121-123. Doi: 10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x.

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). Doi: 10.1186/s12884-019-2365-9.

Vårdhandboken. (2019a). *Situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation - SBAR*.

Hämtad den 9 december 2019, från <https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/situation-bakgrund-aktuell-bedomning-rekommendation---sbar/>

Vårdhandboken. (2019b). *Teamarbete och kommunikation*. Hämtad den 18 november 2019, från

<https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/>

- Winter C., Macfarlane, A., Deneux-Tharoux, C., Zhang, W-H., Alexander, S., Brocklehurst, P., ... Klein, M. (2007). Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. *BJOG*, 114(7). 845-854. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01377.x.
- World Health Organization. (2008). *Implementation manual who surgical safety checklist (first edition)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *WHO Recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: World Health Organization.

Bilaga 1. Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förfrågan om intervjuer med barnmorskor

Vi är två barnmorskestudenter som genomför vår magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi i uppsatsen avser att studera barnmorskors uppfattning varför antalet postpartumblödningar inte minskar samt deras erfarenheter kring handläggning av postpartumblödning. Vi önskar genomföra en studie under höstterminen 2019 vilket involverar intervjuer av barnmorskor. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er. Studien vänder sig till barnmorskor med varierande grad erfarenhet från förlossningsavdelning xx och xx på x sjukhus.

Studiens bakgrund och syfte

Postpartumblödning är något som drabbar en del kvinnor under förlossning. Under vår verksamhetsförlagda utbildning på förlossningsavdelning upplevde vi att situationen snabbt kunde bli akut och livshotande för kvinnan. Det ställdes också stora krav på ett fungerande teamarbete samt stöd till kvinnan och hennes partner där barnmorskan hade en central roll.

Syftet med studien är att genom intervjustudier undersöka barnmorskors uppfattning varför antalet postpartumblödningar inte minskar samt deras erfarenheter kring handläggning av postpartumblödning

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda barnmorskor efter informerat samtycke. Intervjuerna kommer att ske enligt barnmorskans önskemål. Beräknad tid för samtalet är max 30 minuter. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör upplevelser av postpartumblödning.

Den information som framkommer under 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 EU:s dataskyddslag (SFS 2018:218). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och barnmorskan kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Bilaga 2. Information till barnmorska



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om studien om barnmorskors erfarenheter av postpartumblödning

Bakgrund och syfte

Postpartumblödning är något som drabbar en del kvinnor under förlossning. Under vår verksamhetsförlagda utbildning på förlossningsavdelning upplevde vi att situationen snabbt kunde bli akut och livshotande för kvinnan. Det ställdes också stora krav på ett fungerande teamarbete samt stöd till kvinnan och hennes partner där Du som barnmorska hade en central roll.

Syftet med studien är att genom intervjustudier undersöka Din uppfattning varför antalet postpartumblödningar inte minskar samt Dina erfarenheter kring handläggning av postpartumblödning.

Förfrågan om deltagande

Vi vill intervjua Dig som barnmorska angående Dina erfarenheter av postpartumblödning. Vi ser inte att antal år som arbetande barnmorska är avgörande då olika erfarenheter ska undersökas.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas på en plats Du själv väljer. Du kommer att tillfrågas om Dina erfarenheter av postpartumblödning. Intervjun beräknas ta max 30 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina erfarenheter av postpartumblödning. Positivt med att delta i denna studie är att Du får en stund att reflektera över olika händelser samt fundera över hur Du handlägger en postpartumblödning och hur Du fungerar i team i denna situation.

Hantering av data och sekretess

Den information som framkommer under 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 EU:s dataskyddslag (SFS 2018:218). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att avidentifieras. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat, är Du välkommen att kontakta nedan ansvariga angivna personer.

Frivillighet

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

Bilaga 3. Samtyckesformulär



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtyckesformulär till forskningsstudien:

”Barnmorskors upplevelser av postpartumblödning”

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 forskningsstudie som handlar om barnmorskors erfarenheter av postpartumblödning. 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.

Namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Telefonnr: _____

Mobilnr: _____

E-post: _____

Göteborg den: _____ Namn: _____

Bilaga 4. Intervjuguide

Kan du berätta om dig själv? Hur gammal är du? När blev du färdigutbildad barnmorska? Hur länge har du jobbat på förlossningen?

1. Kan du berätta om en händelse gällande postpartumblödning du varit med om.
2. Vet du vad DU ska göra om en postpartumblödning sker och du är ansvarig barnmorska? Andra barnmorska?
3. Hur tycker du teamarbetet fungerar? kommunikation mellan professioner - läkare, andra barnmorskor, undersköterskor?
4. Varför tror du att siffrorna för postpartumblödning regionen ökar?
5. Hur tror du verksamheten skulle kunna göra för att minska postpartumblödningar?

Innan vi avslutar denna intervju, är det något du önskar tillägga? Har vi glömt fråga om något?

Följdfrågor/Stödord

- Vad upplevdes positivt? negativt?
- Kan du vidareutveckla det?
- Vad tänkte du...?
- Hur upplevde du...?
- Hur menar du ...?
- Kan du berätta...?