

## **Barnmorskans roll vid akut kejsarsnitt**

– En virtuell kurs för barnmorskestuderande

Josephine Isuls & Victoria Risberg

Utvecklingsarbete för barnmorske (YH)-examen

Utbildning till barnmorska

Vasa 2024

## UTVECKLINGSARBETE

Författare: Josephine Isuls & Victoria Risberg

Utbildning och ort: Barnmorska (YH), Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: **Barnmorskans ansvar vid akut kejsarsnitt** – En virtuell kurs för barnmorskestuderande

---

Datum: 21.11.2024

Sidantal: 22

Bilagor: 9

---

### Abstrakt

Utvecklingsarbetet baserar sig på examensarbetet *"Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning"* – En kvalitativ studie om förstfödorskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet (Risberg & Isuls, 2023). Examensarbetet undersökte hur kvinnor upplevt vården och bemötandet från vårdpersonalen de kommit i kontakt med under sitt akuta kejsarsnitt.

Utvecklingsarbetets syfte var att öka kunskapen hos barnmorskestuderande kring vården vid akut kejsarsnitt. Genom att öka kunskapen hos barnmorskestuderande tryggas vården hos födande kvinnor i framtiden. För att uppnå syftet utvecklades en virtuell Moodle-kurs, tillgänglig för barnmorskestuderande i slutskedet av studierna.

Den virtuella Moodle-kursen fick namnet *"Barnmorskans roll vid akut kejsarsnitt"* och innefattar grundläggande information om vården vid ett akut kejsarsnitt. I kursen presenteras bakgrundsinformation om kejsarsnitt, medicinska orsaker till akut kejsarsnitt, postpartum vård och om bemötande och stöd under vårdperioden.

---

Språk: svenska

Nyckelord: Akut kejsarsnitt, kejsarsnitt, bemötande och stöd, barnmorska, virtuell kurs

## DEVELOPMENT WORK

Author: Josephine Isuls & Victoria Risberg

Degree Programme: Midwife (UAS), Vaasa

Supervisor(s): Terese Österberg

Title: **The Midwife's Role in Emergency Cesarean Sections** – A virtual course for midwife students

---

Date: 21.11.2024

Number of pages 22

Appendices 9

---

### Abstract

The development work is based on the bachelor's thesis "The midwives who were there did their job with a great heart, they were our saviors" – A qualitative study on first-time mothers' experience of emergency cesarean section and the healthcare overall. (Risberg & Isuls, 2023). The thesis examined how women experienced the care and treatment by healthcare staff they encountered during their emergency cesarean section.

The purpose of the development work was to increase the knowledge of midwifery students regarding care during emergency cesarean sections. By enhancing midwifery students' knowledge, the care of women in labour can be better secured in the future. To achieve this purpose, a virtual Moodle course was developed, accessible to midwifery students in the final stage of their studies.

The virtual Moodle course was titled "The Midwife's Role in Emergency Cesarean Sections" and includes basic information about care in an emergency cesarean section. It covers background information for cesarean section, medical reasons for emergency cesarean sections, postpartum care, and aspects of treatment and support during the care period.

---

Language: swedish

Key words: Emergency cesarean section, cesarean section, care and support, midwife, virtual course.

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte .....	1
3	Teoretisk bakgrund .....	1
3.1	Sammanfattning av examensarbetet.....	2
3.2	Kejsarsnitt.....	2
3.3	Medicinska orsaker till akut kejsarsnitt .....	3
3.3.1	Abruptio placentae eller Ablatio .....	3
3.3.2	Navelsträngs prolaps .....	5
3.3.3	Uterusruptur .....	6
3.3.4	Preeklampsi och eklampsi.....	8
3.3.5	Avvikande CTG misstänkt foster-asfyxi.....	10
3.3.6	Dystoci.....	11
3.4	Postpartum.....	11
3.4.1	Hud-mot-hudkontakt.....	12
3.4.2	Amningen och mjölkstimulering.....	13
3.4.3	Mobilisering och återhämtning .....	13
3.4.4	Påverkan på barnet .....	14
3.5	Bemötande och stöd under vårdperioden .....	14
4	Metodbeskrivning.....	16
4.1	Virtuell utbildning via Moodle.....	16
4.2	Edukandanalys.....	17
4.3	Kursens uppbyggnad.....	17
4.3.1	Powerpoint .....	18
4.3.2	Övrigt material .....	18
5	Kritisk granskning och metoddiskussion .....	19
6	Avslutning .....	20
7	Referenser.....	21

## **Bilagor**

Bilaga 1 Kursintroduktion.....	23
Bilaga 2 Powerpointpresentation "kejsarsnitt" .....	24
Bilaga 3 Powerpointpresentation " Vården efter ett kejsarsnitt" .....	25
Bilaga 4 Powerpointpresentation "Medicinska orsaker till akut kejsarsnitt" .....	26
Bilaga 5 Powerpointpresentation "Bemötande och stöd under vårdperioden" .....	29
Bilaga 6 Kunskapsquiz frågor.....	31
Bilaga 7 Fyll i luckorna.....	40
Bilaga 8 Reflektionsuppgift till bemötande och stöd.....	41
Bilaga 9 Videor i Moodle-kursen.....	43

## **1 Inledning**

Detta utvecklingsarbete baserar sig på examensarbetet *”Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning” – En kvalitativ studie om förstföderskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet* (Risberg & Isuls, 2023).

Examensarbetets syfte var att undersöka vilket stöd och bemötande en förstföderska behöver vid akut kejsarsnitt för att få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt. Det sammanfattas som behovet av god och informativ kommunikation från all vårdpersonal, ett lugnt och tryggt bemötande, samt att vårdpersonalen visar sitt yrkeskunnande. Utvecklingsarbetet består av en virtuell Moodle-kurs riktade till barnmorskestuderande och baserar sig på examensarbetet.

Vi ser en möjlighet att tillföra viktig och avgörande kunskap till blivande barnmorskor. Vilket sedan ger dem kunskapen att ge framtida kvinnor en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt oavsett förlossningssätt.

## **2 Syfte**

Syftet med utvecklingsarbetet är att öka kunskapen hos barnmorskestuderande kring vården vid akut kejsarsnitt. Genom att öka kunskapen hos barnmorskestuderande tryggas vården hos födande kvinnor i framtiden. För att uppnå syftet utvecklas utbildningsmaterial som presenteras i en virtuell Moodle-kurs, tillgänglig för barnmorskestuderande.

## **3 Teoretisk bakgrund**

I den teoretiska bakgrunden sammanfattas examensarbetet som utvecklingsarbetet baserar sig på. Man har också fördjupat sig i akut kejsarsnitt och de olika medicinska orsaker som avgör när ett akut kejsarsnitt är nödvändigt. Vården som följer ett akut kejsarsnitt beskrivs samt hur hud-mot-hudkontakt och amningen påverkas. Slutligen betonas också barnmorskans roll och stöd hos kvinnan och familjen.

### 3.1 Sammanfattning av examensarbetet

Utvecklingsarbetet baserar sig på examensarbete *"Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning" – En kvalitativ studie om förstföderskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet* (Risberg & Isuls, 2023). I examensarbetet deltog kvinnor som hade en vaginalförlossning planerat men som av någon medicinsk orsak behövt genomgå akut kejsarsnitt. Examensarbetet fokuserade mycket på hur kvinnorna som deltog i studien upplevt barnmorskors och vårdpersonalens stöd under sitt akuta kejsarsnitt, samt hur det påverkat deras förlossningsupplevelse i helhet.

Resultatet i examensarbetet beskriver bland annat hur vårdpersonal kan bli "blind" för patientens behov och erfarenheter efter en tid inom yrket. Rutiner och termer blir vardag för vårdpersonalen, vilket gör att patienterna, i detta fall kvinnorna i studien, ibland känner sig underinformerade, särskilt i situationer som beslut om kejsarsnitt. Bristande kommunikation leder till att kvinnorna ifrågasätter vårdpersonalens yrkeskunnighet, vilket skapar otrygghet. När vårdpersonalen däremot förklarar sina handlingar, visar de sin kunskap och bidrar till att skapa en tryggare upplevelse för kvinnorna. (Risberg & Isuls, 2023)

### 3.2 Kejsarsnitt

Kejsarsnitt delas in i tre typer: planerade, akuta och urakuta. Under 2023 föddes totalt 43 121 barn i Finland, där 20,1 % förlöstes med kejsarsnitt. Av dessa kejsarsnitt var 8,3 % planerade, 10,9 % akuta och 0,9 % urakuta. (Institutet för hälsa och välfärd, 2023). 2023 genomgick 202 av 1050 föderskor kejsarsnitt på Vasa centralsjukhus, varav 7,8 % var planerade, 10,6 % akuta och 0,9 % urakuta. 6,8 % var vacuumförlossningar och resterande 74 % var vaginala förlossningar. (Institutet för hälsa och välfärd, 2023)

Ett kejsarsnitt är en kirurgisk förlossningsmetod där barnet föds genom ett snitt i mammans buk och livmoder, i stället för genom vaginal förlossning. Detta ingrepp utförs vanligtvis om det finns medicinska orsaker som gör vaginal förlossning riskabel, eller om mamman har önskat ett kejsarsnitt av personliga skäl. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Ett planerat kejsarsnitt utförs vanligen efter graviditetsvecka 39. Vanliga orsaker är på grund av kvinnans fysiologi som ett för trångt bäcken eller andra medicinska riskfaktorer. Kejsarsnitt kan också önskas utan medicinsk orsak, ofta på grund av förlossningsrädsla, tidigare traumatiska förlossningar eller låg socioekonomisk status. Akuta kejsarsnitt delas upp i akut och urakut. Ett urakut kejsarsnitt utförs när fostret måste vara ute inom cirka 10 minuter och innebär oftast att mamman sövs. Ett akut kejsarsnitt kan bli nödvändigt om komplikationer uppstår under förlossningen, till exempel hotande fosterasfyxi. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, pp. 724-725)

Mamman förbereds genom att få bedövning, ofta spinalanestesi (ryggbedövning), vilket gör att hon är vaken men smärtfri under ingreppet. I akuta fall kan hon behöva sövas helt. Ett snitt görs vanligtvis horisontellt nedanför naveln och i nedre delen av livmodern. Kirurgen öppnar lager för lager av huden, musklerna och livmoderväggen för att nå fostret. När kirurgen nått livmodern lyfts barnet försiktigt ut, och barnmorskan tar emot barnet. Barnet rengörs och undersöks snabbt för att säkerställa barnets välmående. Om mamman mår bra kan hon få hålla barnet mot huden direkt för att skapa nära kontakt. Under tiden suturerar gynekologen fast kvinnans livmoder och buk. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, pp. 728-730)

Kejsarsnitt är vanligtvis ett säkert ingrepp, men eftersom det är en operation finns det risker som infektion, blodförlust och längre återhämtningstid jämfört med vaginal förlossning. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, pp. 728-731)

### **3.3 Medicinska orsaker till akut kejsarsnitt**

Det finns flera olika medicinska orsaker till att ett beslut om akut kejsarsnitt tas och i detta kapitel presenteras några av de vanligaste orsakerna.

#### **3.3.1 Abruptio placentae eller Ablatio**

Ablatio är namnet på när moderkakan lossnar för tidigt från livmoderväggen innan barnet är fött. Det finns en stor del riskfaktorer som kan bidra till ablatio dessa är hög ålder hos

kvinnan, multiparitet det vill säga fler än ett foster i livmodern, högt blodtryck, preeklampsi, intrauterin tillväxthämning, diabetes, polyhydramnios, för tidig barnvattenavgång, retroplacentärt myom, uterusmissbildning, tidigare kejsarsnitt, tidigare ablatio, anemi, placenta previa, kort navelsträng, korioamnionit, yttre trauma, rökning, drogmissbruk och alkoholanvändning. Ablatio yttrar sig vanligen genom vaginal blödning eftersom det lämnar ett stort "sår" i livmoderväggen där placentan varit och livmodern kan inte sammandra tillräckligt eftersom fostret fortfarande ligger i livmodern. Detta kallas också för en manifest ablatio. I vissa fall kan placentan lossna partiellt så kallad ockult ablatio. Detta är ett lömskt tillstånd eftersom det inte alltid leder till vaginal blödning. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 751-758)

Som tidigare nämnts är vaginal blödning ett av de vanligare symtomen på ablatio men andra symtom som kvinnan kan få är buksmärta i samband med sammandragningar samt ömhet över livmodern. Smärtorna är ofta ihållande vilket skiljer sig från normala sammandragningar där smärtan lättar mellan dem. Symtomen kan komma snabbt och plötsligt och kan bli intensiva snabbt. En finländsk studie visade att 70 procent av alla hade vaginal blödning som symtom, 51 procent hade buksmärta, 50 procent hade blod i fostervattnet och i 69 procent av alla fall påverkades fostrets hjärtljud. 19 procent av de som deltog uppvisades inga tydliga symtom alls. (Tikkanen, 2008)

För att diagnostisera och behandla ablatio behöver läkare, gynekolog tillkallas. Kvinnans allmäntillstånd bedöms, fosterövervakning behöver kopplas så snabbt som möjligt, exempelvis CTG för att säkra fostrets välmående. Läkaren gör en snabb klinisk undersökning med eventuell vaginal spekula-undersökning. Om kvinnan inte har intravenös infart sätts det så fort som möjligt och vätskedropp startas. Anamnes av kvinnan tas och läkaren avgör om hinnsprängning är möjligt. Det viktigaste är att se till att kvinnan inte går in i chock och att fostrets hjärtljud följs med. Om hinnsprängningen varit möjlig är det viktigt att notera färgen på fostervattnet, om det finns blod noteras kan man säkerställa diagnosen. Blodprover behöver också tas för bland annat kors-test. Blod beställs ifall kvinnan behöver transfusion i ett senare skede. Läkaren utför också en ultraljudsundersökning. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 751-758)

Om stor blödning konstaterats är akut kejsarsnitt nödvändigt för både kvinnan och fostrets välmående. Om kvinnan och fostrets mående är stabilt och om det är misstanke om en

mindre ablatio kan vaginal förlossning vara möjligt men behöver alltid avgöras med noggrann övervägning. Risken för att kvinnan och fostret påverkas allvarligt är stor vid ablatio. Vid stor blödning riskerar kvinnan att drabbas av hypovolemisk chock som kan i sin tur ge påverkan på övriga organ i kroppen. Ablatio kan också leda till hysterectomi och i värsta fall ostoppar blödning och död. Om placentan lossnar över 50 procent dör vanligtvis fostret om inte omedelbar åtgärd tas. När blodtillförseln från placentan till fostret drabbas kan också fostret få organskador som slutligen kan vara dödliga eller mycket skadliga. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 751-758)

### 3.3.2 Navelsträngs prolaps

Navelsträngs prolaps innebär att navelsträngen ligger framför och nedanför fostrets bjudande del vilket ger en stor risk för navelsträngen att tryckas ihop mellan fostret och cervix. Om navelsträngen trycks ihop påverkas blodtillförseln från placentan till fostret och kan leda till allvarliga komplikationer. Största risken fostret utsätts för är svår asfyxi, vilket kan ske på bara några minuter. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 760-766)

Det är en relativt ovanlig komplikation som inträffar 1 - 9 på 1000 gravida kvinnor. Man kan dela in navelsträngs prolaps i tre olika kategorier. *Manifest navelsträngs prolaps* innebär att navelsträngen är framför bjudande fosterdel i cervix och vid bröstna hinnor. Då är navelsträngen synlig och går att palpera. *Ockult navelsträngs prolaps* är när navelsträngen delvis fallit ner i förlossningskanalen och bredvid fostret men inte så långt att den är framför bjudande fosterdel. Ockult navelsträngs prolaps är svårare att diagnostisera och kan inte alltid ses med ultraljudsundersökning men kan många gånger vara orsaken till oförklarliga fetala bradykardier under förlossningen. Att ihärdigt försöka diagnostisera en ockult navelsträngs prolaps kan många gånger vara onödig och endast bli en fördröjning på förlossningen. Den sista kategorin är *föreliggande navelsträng* vilket innebär att navelsträngen är framför bjudande fosterdel såsom vid manifest navelsträngs prolaps men vid detta är fosterhinnorna hela och vid eventuell hinnsprängning eller att hinnorna spricker själva kan navelsträngen hamna i kläm och bli en manifest navelsträngs prolaps. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 760-766)

Om det är en manifest navelsträngs prolaps diagnostiseras den med en vaginal undersökning. Viktigt är att om fosterövervakningen, CTG försämras hastigt är det viktigt att undersöka vaginalt för att utesluta prolaps. Navelsträngs prolaps är något som kräver omedelbar förlossning, oftast är kejsarsnitt det bästa och snabbaste alternativet. Medan man förbereder för kejsarsnitt är det viktigt att försöka avlasta tycket på navelsträngen. Detta kan man göra genom att med fingrarna försöka trycka upp fostrets bjudande del för att ge rum för navelsträngen, hänger en stor del av navelsträngen ut ska den samlas ihop i handen och föras in i vaginan för att undvika den att torka. Man kan försöka känna om navelsträngen pulserar, en navelsträng som inte pulserar indikerar fosterdöd. Handen som håller navelsträngen på plats och som trycker upp bjudande fosterdel ska hållas på plats ända tills barnet är förlöst genom kejsarsnitt. Övrigt uppmanas också kvinnan att inte krysta, iv kanyl sätts om inte redan finns och tokolytika ges för att upphöra sammandragningarna. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 760-766)

### **3.3.3 Uterusruptur**

Under graviditeten och förlossningen kan det ske en allvarlig komplikation vilket är uterusruptur. Det finns en ökad risk för uterusruptur på grund av den ökade frekvensen av förlossningsinduktioner och användning av oxytocinstimulering. Uterusruptur är mer vanligt förekommande vid fullgången tid, hos äldre kvinnor samt hos omfödskor. Den främsta orsaken till detta är ärr från tidigare kejsarsnitt eller andra kirurgiska ingrepp i livmodern. För kvinnan innebär en uterusruptur en risk för livshotande blödningar, medan fostret kan drabbas av allvarliga blödningar och syrebrist (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 767).

Uterusruptur uppstår på grund av två huvudfaktorer som försvagade områden i livmoderväggen och övertänjning av livmoderväggen. Rupturen kan ske spontant eller vara resultatet av trauma vid obstetriska ingrepp, exempelvis kirurgiska operationer i livmodern. Andra riskfaktorer inkluderar graviditeter med livmodermissbildningar, onormal placentainväxt, mola hydatidosa (abnorm graviditet där moderkakan utvecklas onormalt och bildar cystor) samt koriokarcinom (cancer). Ett klassiskt kejsarsnitt med ett snitt längs mittlinjen medför högre risk än ett kejsarsnitt som gör med tvärsnitt. Risken för

uterusruptur ökar också om ett tidigare kejsarsnittssår har blivit infekterat (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 768).

Vanligtvis sker uterusruptur i ett senare skede av förlossningen, vilket beror på övertänjning av livmodern. Detta kan orsakas av exempelvis en missanpassning mellan fostrets storlek och bäckenet, felaktig fosterbjudning, kraftiga värkar eller överstimulering med Oxytocin. Andra riskfaktorer som kan bidra till uterusruptur är förlossningsinduktion, flerbördsgraviteter, polyhydramnios och yttre vändning av fostret (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 768).

Uterusrupturer kan delas in i tre olika kategorier, komplett uterusruptur, inkomplett uterusruptur och fenestrering. Vid komplett uterusruptur har livmoderväggen brutit helt, vilket innebär att alla lager av livmoderväggen är skadade, inklusive muskellagret och det yttre lagret. Detta skapar en öppning mellan livmodern och bukhålan, och är en allvarlig situation som kan leda till stora blödningar och risk för både modern och barnet (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 768).

Inkomplett uterusruptur då har livmoderväggen brutit, men inte alla lager är skadade. Oftast är det bara de inre lagren av livmoderväggen som är påverkade, medan det yttre lagret fortfarande är intakt. Detta gör att innehållet i livmodern inte når bukhålan, och risken för komplikationer kan vara något mindre jämfört med en komplett ruptur (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 768).

Vid fenestrering finns en svaghet eller tunnhet i livmoderväggen, men ingen riktig bristning har skett. Det kan ses som en försvagning där livmoderväggen är mycket tunn, men det har ännu inte lett till en fullständig eller inkomplett ruptur. Fenestrering är mindre allvarligt än de andra tillstånden men kan innebära en risk för framtida komplikationer (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 768).

De vanliga tecknen på att uterusruptur har skett är fosterpåverkan, minskat tryck i livmodern och upphörda värkar, kvinnan upplever smärta i buken, fostrets föregående del glider upp ur bäckenet, vaginalblödning och hypovolemisk chock hos kvinnan. Om hotande tecken på uterusruptur uppstår ska eventuell oxytocinstumulering stängas av, tokolytika ges och akut kejsarsnitt utförs (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 769).

### 3.3.4 Preeklampsi och eklampsi

Preeklampsi är en komplikation som kan uppstå under graviditeten och som kännetecknas av högt blodtryck och skador på organ, oftast njurarna. De svåra fallen av preeklampsi uppträder oftast innan graviditetsvecka 34 och kan leda till allvarliga konsekvenser för både mamman och barnet om det inte behandlas i tid. Preeklampsi drabbar mellan 2–8 % av gravida kvinnor globalt, och det är en av de främsta orsakerna till sjuklighet och dödlighet hos både mödrar och spädbarn. Orsakerna till preeklampsi är inte helt förstådda, men forskare tror att det handlar om problem med moderkakans utveckling. Moderkakan förser fostret med syre och näring från moderns blodomlopp, och om denna process inte fungerar som den ska kan det orsaka förändringar i blodkärlen, vilket i sin tur leder till högt blodtryck hos modern (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 487).

Preeklampsi kan leda till allvarliga komplikationer om det inte behandlas i tid detta kan vara eklampsi som är ett allvarligt tillstånd som innebär att den gravid kvinnan får kramper, detta tillstånd kan vara livshotande. HELLP-syndrom är en annan komplikation som kan ske, HELLP står för hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count syndrome. HELLP-syndrom gör att leukocyter bryts ner, levervärden blir förhöjda och låg nivå av trombocyter uppstår. Om preeklampsin förblir obehandlad kan den skada njurarna och levern (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 486).

De kvinnor som har en högrisk till att utveckla preeklampsi är de kvinnor som haft tidigare preeklampsi eller eklampsi, kvinnor med gestationshypertoni och förlossning innan vecka 34 eller IUGR, systemsjukdomar till exempel autoimmuna sjukdomar, kronisk hypertoni, njursjukdom eller diabetes, duplexgraviditet eller IVF-graviditet räknas också som risk. Andra riskfaktorer kan vara förstföderska, hög ålder, högt BMI, afrikansk etnicitet och ärftlighet för preeklampsi. För kvinnor som har identifierats som hög risk kan vissa förebyggande åtgärder såsom lågdos acetylsalicylsyra rekommenderas för att minska risken för att utveckla preeklampsi (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 489).

För att kunna diagnostisera preeklampsi krävs graviditetsinducerad hypertoni i samband med nydebuterade kliniska symtom, påverkan på organ eller fosterpåverkan. De kliniska symtomen är smärta i epigastriet, neurologiska symtom som svår huvudvärk, synstörningar och kramper (eklampsi), ödem och viktuppgång. När diagnosen ska ställas kontrollerar man den gravida kvinnans blodtryck, analyserar urinprov för att kontrollera proteinuri, man

kontrollerar med hjälp av blodprov av kvinnans leverpåverkan och hematologiska påverkan, fostrets tillväxt kontrolleras också med hjälp av ultraljud om det finns tecken på tillväxthämning hos fostret (Käypä hoito, 2024).

Behandling av preeklampsi beror på svårighetsgraden av tillståndet och hur långt gången graviditeten är. Den enda botande behandlingen för preeklampsi är förlossning, men om tillståndet inträffar tidigt i graviditeten försöker läkare ofta fördröja förlossningen för att låta barnet utvecklas så mycket som möjligt. Vid lättare fall av preeklampsi där det upptäcks tidigt och symtomen är milda kan behandlingen bestå av övervakning av blodtryck, urinprover och fostrets tillväxt, blodtrycks nedsänkande läkemedel, trombosprofylax och eventuell sjukskrivning åt den gravida kvinnan för att lindra stress. Vid svårare fall av preeklampsi kan behandlingen innefatta magnesiumsulfat för att förhindra kramper, kortikosteroider till fostret för att påskynda barnets lungmognad om förlossningen måste ske tidigt, eller inducering av förlossning eller kejsarsnitt detta för att skydda den gravida kvinnan och fostret (Käypä hoito, 2024).

Eklampsi definieras som ett eller flera krampanfall under graviditeten, förlossningen eller post-partum, detta vanligtvis inom 24 - 72 timmar eller den första veckan postpartum. Om kramper hos en gravid kvinna förekommer anses det alltid vara eklampsi, fram tills kvinnan blivit undersökt. Det är svårt att förutsäga när eklampsi sker och det kan ske utan att kvinnan visat symtom på det innan. För att förebygga att ett krampanfall sker är det viktigt med noggrann övervakning och behandling vid preeklampsi. Magnesiumsulfat kan förhindra eklampsi, speciellt vid svår preeklampsi (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 492).

Vid spontant värkarbete och huvudbudning kan vaginal förlossning genomföras oavsett graviditetsvecka, men det kräver noggrann övervakning av både modern och fostret. Induktion och vaginal förlossning kan prövas efter graviditetsvecka 32, beroende på moderns och fostrets tillstånd. Om graviditeten är tidigare än vecka 32, rekommenderas kejsarsnitt i stället för induktion, eftersom risken för komplikationer är högre vid prematur förlossning. Vid eklampsi är det vanligt att förlossningen måste ske snabbt vilket indikerar akut kejsarsnitt, oavsett om barnet är fullgånget eller för tidigt. Vid eklampsi är varje minut viktig och många gånger handlar det om att förhindra ytterligare kramper eller försämring av moderns organfunktioner (Käypä hoito, 2024).

### 3.3.5 Avvikande CTG misstänkt foster-asfyxi

CTG övervakar fostrets hjärtfrekvens och livmoderns kontraktioner. En normal CTG - kurva visar ett hälsosamt mönster av fostrets hjärtfrekvens. När CTG avviker från det normala kan det tyda på att fostret är stressat eller att syretillförseln är otillräcklig (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 602).

Vid avvikande CTG-kurvor kan läkare och barnmorskor misstänka att fostret lider av syrebrist, så kallad "fosterasfyxi." Fosterasfyxi innebär att fostret har en otillräcklig syretillförsel, vilket kan leda till skador på nervsystemet och andra organ om det inte åtgärdas snabbt (Holmann & Jonsson, 2023, s. 33).

En avvikande CTG kurva kan visa sig som förhöjd eller sänkt fosterhjärtfrekvens, minskade variationer i hjärtfrekvensen, detta kan tyda på att fostret är påverkat av syrebrist. Decelerationer, är en plötslig minskning av hjärtfrekvensen i samband med sammandragningar. De decelerationer som är sena och återkommande tyder speciellt på att fostret inte klarar av påfrestningen av sammandragningarna (Holmann & Jonsson, 2023, ss. 78-80)

Barnmorskan ska rådgöra med en erfaren kollega och läkare om CTG kurvan är avvikande. Vid riskförlossning, till exempel intrauterin tillväxthämning, preeklampsi eller insulinbehandlad diabetes måste ansvarande läkare alltid konsulteras om CTG kurvan är avvikande. Vid en patologisk CTG kurva ska läkare alltid tillkallas på plats. Om en CTG kurva är avvikande eller patologisk går man igenom den informationen man har för att få en bild av fostrets aktuella situation, kapacitet för fortsatt förlossning och vilka åtgärder som ska och kan vidtas (Holmann & Jonsson, 2023, s. 112).

Misstänkt foster-asfyxi uppkommer när CTG avviker så pass mycket att man bedömer att fostret riskerar syrebrist. Om det finns misstanke om att fostret riskerar syrebrist, kan detta bekräftas genom att ta ett blodprov från fostrets skalp där man mäter pH-värdet. Ett lågt pH-värde kan tyda på syrebrist. Man kan bedöma blodflödet i navelsträngen och moderkakan med hjälp av ultraljud (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 615).

Om misstanke om foster-asfyxi bekräftas och tillståndet inte kan åtgärdas eller förbättras snabbt till exempel genom att kvinnan byter lägesställning, kan ett akut kejsarsnitt vara nödvändigt för att snabbt få ut barnet och förhindra skador. Kejsarsnitt är ofta en åtgärd

och kan vara livräddande för fostret i dessa situationer (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 602).

### **3.3.6 Dystoci**

Dystoci innebär att förlossningen går långsammare än väntat eller stannar upp, ofta på grund av att livmodermunnen inte öppnas tillräckligt snabbt eller att barnet inte rör sig nedåt i födelsekanalen. Orsaker kan inkludera svaga värkar (ineffektiva kontraktioner), en trång bäckenstruktur hos modern, eller att barnet ligger i en ogynnsam position. Vid svår dystoci kan förlossningen behöva avslutas med kejsarsnitt för att minska risken för komplikationer som syrebrist hos fostret. (Dushyant, 2010)

Cephalopelvic disproportion eller CPD innebär att barnets huvud eller kropp är för stor för moderns bäcken, vilket gör en vaginal förlossning svår eller omöjlig. Detta problem kan bero på barnets storlek, bäckenets form eller andra faktorer. Om fostret inte kan passera genom bäckenet, rekommenderas kejsarsnitt för att undvika skador på både modern och barnet. (Chen, et al., 2022)

Enligt Abuduxike o.a (2023) har felbjudningar hos fostret ett signifikant betydande vid förlossning och kan i flera fall leda till att en vaginal förlossning inte är möjligt. Ibland anser gynekologen att kejsarsnitt är enda trygga förlossningssättet på grund av fostrets bjudning.

## **3.4 Postpartum**

Efter ett kejsarsnitt är barnet och kvinnan under uppvakning för att säkerställa deras välmående. De första timmarna kontrolleras kvinnans vitala funktioner, puls, blodtryck, andningsfrekvens, samt blödningsmängd och sammandragningen av livmodern (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 730). Vården efter ett kejsarsnitt skiljer sig från en vaginalförlossning. I detta kapitel presenteras olika viktiga faktorer att tänka på som barnmorska eller annan vårdpersonal som har ansvar över kvinnan som genomgått kejsarsnitt.

### 3.4.1 Hud-mot-hudkontakt

Den första kontakten mellan en mamma och hennes nyfödda barn är av stor betydelse. Att använda hud-mot-hud-kontakt som den inledande kontakten gynnar både mamman och barnet. För barnet medför hud-mot-hud-kontakt flera fördelar, såsom att kroppstemperaturen hålls stabil, blodsockernivåerna blir jämnare och stressen minskar. Om separation behövs kan det skapa stress hos både mamman och barnet, och detta bör hanteras försiktigt. Ökad produktion av stresshormoner aktiverar det autonoma nervsystemet, vilket i sin tur leder till högre energiförbrukning (Zwedberg, Blomquist, & Sigerstad, 2015).

För mamman innebär hud-mot-hud-kontakt en ökning av oxytocin, som frigörs som svar på barnets massage-liknande rörelser på bröstet före amning. Dessa rörelser kan förbereda mamman för mjölkproduktion och underlätta anknytningen till det nyfödda barnet. Det visar också på att högre oxytocinnivåer kan förstärka mammans instinkt att skydda och vårda sitt barn. (Zwedberg, Blomquist, & Sigerstad, 2015)

Barn som föds med kejsarsnitt ammas ofta mindre än barn som föds vaginalt. Den exklusiva amningsperioden förlängs hos barn som får tidig hud-mot-hud-kontakt med sin mamma. Denna kontakt under de första timmarna efter födseln har en positiv inverkan på samspelet mellan mamma och barn. (Zwedberg, Blomquist, & Sigerstad, 2015)

Hud-mot-hud-kontakt mellan mamma och barn kan vara svår att genomföra direkt efter ett kejsarsnitt, speciellt efter akuta kejsarsnitt. I sådana fall blir hud-mot-hud-kontakt med fadern eller partnern särskilt värdefull. Ett barn som får denna typ av kontakt med den andra föräldern gråter mindre, uppvisa ett lugnare beteende och sova bättre jämfört med ett barn som placeras i en säng. Dessutom visar barn som får hud-mot-hud-kontakt med den andra föräldern ett mer aktivt sökbeteende, vilket kan underlätta den första amningen, även om den sker något senare. Studier har också visat att barn som får oavbruten hud-mot-hud-kontakt med mamman efter kejsarsnitt börjar amma snabbare än de som får kontakt med fadern under kortare perioder, till exempel i 25 minuter, inom 5–30 minuter efter födseln. (Zwedberg, Blomquist, & Sigerstad, 2015)

### **3.4.2 Amningen och mjölkstimulering**

Det finns flera studier som påvisar att amningen oftast är svårare att få i gång efter ett kejsarsnitt i jämförelse med en vaginal förlossning. Orsaken är inte helt säker men man misstänker att det kan bero på kvinnans smärta, babyn inte är lika snabbt och mycket i hudkontakt där den kan suga på bröstet. Därför är det också väldigt att det finns gott stöd och ett extra öga från barnmorskorna som tar hand om familjen efter operationen (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 731). Enligt Wiklund, Andolf, Lilja o.a (2012) har man kunnat påvisa att för kvinnor som genomgått kejsarsnitt har en annan oxytocin produktion än kvinnor med vaginalförlossning vilket också påverkar mjölkproduktionen.

Enligt Wen, Juan o.a. (2020) kunde man konstatera att smärtor efter kejsarsnitt var något som gjorde amningen svårare för kvinnorna. De var både smärtor från operationssåret samt från ryggen efter operationen. Många kvinnor ammar liggande efter ett kejsarsnitt för det tar ont att sitta och är lättare att ligga ner. Några kvinnor hade upplevt det lättare att amma på sida men i stället uppkom en rädsla att babyn skulle sparka på kvinnan operationssår vilket gjorde att kvinnan inte ville amma eller hade svårt att ha babyn tillräckligt nära henne för att amningen skulle lyckas.

### **3.4.3 Mobilisering och återhämtning**

Efter ett kejsarsnitt får kvinnan smärtmedicinering enligt sjukhusets riktlinjer. Smärtmedicineringen är en viktig faktor till att kvinnan ska kunna mobilisera sig efter ett kejsarsnitt. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 730)

Efter en operation som kejsarsnitt flyttas kvinnan på många sjukhus till en uppvakningsavdelning de första timmarna där kvinnans vitaler det vill säga bland annat puls, blodtryck, saturation och temperatur följs med. Vården efter ett kejsarsnitt beror också på kvinnans allmäntillstånd, vilka mediciner hon fått under operationen samt vilken anestesi hon fått. Efter att hon varit på uppvakningsavdelningen kan hon flyttas tillbaka till förlossningsavdelningen eller till postpartum avdelningen. På alla avdelningar är det också viktigt att följa med kvinnans smärta och följa sjukhusets samt läkarens instruktioner för vilka mediciner som kan ges. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 730)

Som efter nästan vilken operation som helst är det viktigt att komma ihåg att mobilisera kvinnan samt berätta och informera henne om varför hon behöver röra på sig så snabbt som möjlig för att undvika trombosor och infektioner. En kvinna som genomgått kejsarsnitt är i genomsnitt på sjukhuset 2 - 3 vård dygn. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, s. 730)

#### **3.4.4 Påverkan på barnet**

Det finns olika effekter på barnet efter ett kejsarsnitt som kan påverka dem kortare perioder men också längre perioder och senare i livet. Man har kunnat påvisa att bakteriefloran i tarmen är olika beroende på om man blivit född vaginalt eller genom kejsarsnitt. Bakteriefloran kan utvecklas senare hos de barn som är födda genom kejsarsnitt. Detta leder till en obalans mellan bakterierna och påverkar i sin tur tarmslemhinnans funktion och struktur. Detta kan också vara en bidragande faktor till varför fler barn som fötts med kejsarsnitt än vaginalt behövt vård för gastroenterit och astma på sjukhus. (Wiklund, Andolf, Lilja, & Hildingsson, 2012)

En annan intressant faktor är att man också påvisat att risken för att senare i livet drabbas av glutenintolerans är ökad med 80 procent för de barn som är födda genom kejsarsnitt. (Wiklund, Andolf, Lilja, & Hildingsson, 2012)

### **3.5 Bemötande och stöd under vårdperioden**

Barnmorskans bemötande och stöd är en avgörande roll vid akuta situationer vid förlossningen. Ett bra bemötande och stöd skapar trygghet för den födande kvinnan. Under akuta situationer är det viktigt att barnmorskan agerar snabbt och effektivt, men samtidigt behåller lugnet. Om barnmorskan upplevs lugn kan det hjälpa minska stressnivån och skapa en känsla av trygghet hos den födande kvinnan och partnern. (WHO, 2018)

Huvudnyckeln till akuta situationer är kommunikationen. Barnmorskan ska förklara tydligt vad som händer, varför vissa åtgärder behövs och vad som kommer att ske. Barnmorskan ska använda en lugn och stöttande röst, samt visa ett lugnt kroppsspråk. Ibland kan

informationen bli överväldigande, så informationen som ges åt den födande kvinnan ska anpassas enligt hur föderskan kan och vill ta in den. (WHO, 2018)

Ett emotionellt stöd visas till den födande kvinnan och partnern genom att vara närvarande och tröstande, exempelvis hålla en hand eller bekräfta att kvinnan är i kontroll och att hon kommer klara sig igenom detta. Vid akuta situationer är barnmorskans handlande en avgörande faktor, barnmorskan försöker hålla en lugn och stabil närvaro för att hjälpa den födande kvinnan och partnern att hantera situationen. (WHO, 2018)

I en akut situation krävs ett bra samarbete mellan barnmorskan och annan sjukvårdspersonal till exempel av gynekologen eller operationspersonalen. Ett bra samarbete och tydlig kommunikation är avgörande för att allt ska fungera smidigt. Även om omgivningen är stressig försöker barnmorskan alltid ta hänsyn till den födandes individuella behov och önskemål, detta för att kvinnan ska känna sig sedd och hörd. (WHO, 2018)

Eftersom kejsarsnittet kan påverka förlossningsupplevelsen är det viktigt att föräldrarna får möjlighet att samtala med både läkare och barnmorska som deltog i kejsarsnittet. Då barnmorskan och läkaren diskuterar i efterhand med familjen kring förlossningen ger det en möjlighet för den nya familjen att få uttrycka sina tankar och reflektera över deras upplevelse. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 730-731)

Kvinnans förväntningar har sannolikt stor påverkan på hur hon upplever förlossningen i efterhand. Studier har visat att kvinnor som önskat och fått ett planerat kejsarsnitt tenderar att uppleva förlossningen som mer negativ än de som önskat kejsarsnitt men i stället fick föda vaginalt. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 730-731)

Forskning visar att kvinnor som genomgått kejsarsnitt ofta rapporterar en mindre positiv upplevelse av förlossningen, särskilt vid akuta ingrepp. Detta beror sannolikt inte enbart på själva förlossningsmetoden utan även på andra faktorer, såsom bristande kommunikation, sorg över att inte kunna föda vaginalt, samt komplikationer och förlossningsrädsla som kan uppstå efteråt. En akut situation leder oftare till en negativ förlossningsupplevelse än ett planerat kejsarsnitt, men det innebär inte att ett planerat kejsarsnitt nödvändigtvis upplevs positivt. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 730-731)

## 4 Metodbeskrivning

Under detta kapitel förklaras utvecklingsarbetets produkt vilket är en Moodle-kurs. Moodle-kursen består av bland annat Powerpointpresentationer och andra hjälpmedel som också förklaras. Kursen fick namnet "Barnmorskans roll vid akut kejsarsnitt".

I examensarbetet Risberg, Isuls (2023) undersöktes hur kvinnor hade upplevt stödet och bemötandet av vårdpersonalen under ett akut kejsarsnitt och man kunde därefter se ett behov att fortsätta stödja och utbilda barnmorskestuderande kring ämnet. Därför ansågs en virtuell Moodle-kurs vara ett bra hjälpmedel att nå ut till barnmorskestuderande så smidigt som möjligt.

### 4.1 Virtuell utbildning via Moodle

Virtuell utbildning är en form av undervisning som sker online via digitala plattformar. Internets nya teknik inom information och kommunikation gör nya lösningar och pedagogiska metoder möjliga. Utbildningen kan omfatta föreläsningar, grupparbeten och diskussioner med hjälp av den digitala plattformen. En virtuell utbildning ger möjligheten till att alla deltagare kan ta del av material och uppgifter som de kan utföra i sin egen takt. Denna form av utbildning ger flexibilitet och nå en större grupp av deltagare (Hrastinski, 2011, ss. 39-40).

Moodle är ett läroplattformssystem (Learning Management System) som har utvecklats för att ge lärare, administratörer och elever en säker och sammanhållen miljö för att skapa anpassade inlärningsmiljöer. Plattformen är kostnadsfri och tillgänglig för alla. Genom Moodles olika verktyg kan man bygga utrymmen för både undervisning och lärande. Dessutom kan lärare med Moodle skrädarsy sina kurser efter egna pedagogiska metoder och preferenser (Moodle, 2024).

Enligt studier har studerande en positiv attityd till virtuell utbildning och undervisningskvalitet är lika bra som traditionell undervisning (Hrastinski, 2011, ss. 32-33).

## 4.2 Edukandanalys

Utvecklingsarbetet och den virtuella Moodle-kursen riktar sig till tredjeårets barnmorskestuderande. Studerande behöver ha en grundkunskap kring normal förlossning och barnmorskearbete innan de tar del av utvecklingsarbetet och Moodle-kursens material. En barnmorskestuderande på tredje året har redan avlagt sjukskötarstudierna och har också därför en grundkunskap inom bland annat pre- och postoperativ vård vilket är till fördel inför Moodle-kursens innehåll. Utbildningsstyrelsen (2024) betonar också tyngden att innan man lär sig något nytt ser till att ha den förkunskap till ämnet som är fördelaktigt för inläringen.

Enligt utbildningsstyrelsen (2024) kan studerandes olika inlärningsstilar kategoriseras. Den aktiva aktören lär sig genom att sätta upp egna mål, vara aktiv och lära sig genom erfarenheter. Den logiska tänkaren är intresserad av teoretiska frågor, förstår flera synvinklar och kan förklara, fundera och utvärdera. Den praktiska handlaren föredrar att prova nya saker och lära sig av olika modeller. Den praktiska handlaren litar också på sina sinnesintryck och föredrar praktiska övningar. Slutligen, den reflekterande observatören koncentreras sig på det väsentliga, iakttar, tolkar och utvecklas genom att överväga och tänka.

Phillips (2008) beskriver också de olika inlärnings stilarna men betonar tre olika uppmärksamhets stilar visuell, auditiv och kinestetisk. Alla människor har olika fördelning av dessa tre stilar, några kan ha en jämnfördelning medan hos vissa kan en stil vara mer dominant än de andra. Detta behövs tas i beaktande vid inläringstillfällen. (2008, ss. 52-53)

## 4.3 Kursens uppbyggnad

När materialet utvecklandes var syftet att göra det så lättförståeligt som möjligt utan att undgå viktig information, så att det skulle vara lättare för barnmorskestuderande att läsa igenom det. När materialet är lättförståeligt och på en anpassad nivå är det också lättare för studerande att minnas informationen ta med den ut på arbetsplatsen. Moodle-kursen är strukturerad i olika kapitel för att underlätta för studeranden. Under ett kapitel finns olika slags material som hjälper studeranden lära sig kring just detta ämne. Exempelvis finns

under kapitlet "medicinska orsaker till akut kejsarsnitt" en Powerpoint, videor och tillhörande kunskapsquiz som då endast berör kapitlets ämne.

#### **4.3.1 Powerpoint**

En PowerPoint-presentation är en serie digitala bildspel som skapas med Microsoft PowerPoint, en programvara som ingår i Microsoft Office-paketet. Med PowerPoint kan användare skapa visuella presentationer genom att kombinera text, bilder, grafik, animationer och multimedia, som exempelvis video och ljud. Presentationen visas bild för bild, ofta kallad "slides" eller "bilder", och används ofta vid möten, föreläsningar och utbildningar. PowerPoint beskrivs som ett verktyg för att skapa presentationer som hjälper till att förmedla information på ett engagerande och visuellt sätt. (Microsoft, u.d.)

En PowerPoint blir lätt jobbig att läsa och svår att förstå om man inte bygger upp den på ett strukturerat sätt. När en PowerPoint bild innehåller för mycket information, intryck och innehåll blir det utmattande och förvirrande för den som läser. Powerpointens layout behöver vara minimalistisk och självbeskrivande. Rekommendationen är att maximalt använda nio objekt per bild (Phillips, 2008, ss. 100- 117).

I kursen hittar man Powerpointen "kejsarsnitt" där bakgrundsinformation kring kejsarsnitt presenteras (bilaga 2). Följande Powerpoint är "medicinska orsaker till akut kejsarsnitt". (bilaga 4) där hittar man information om de vanligaste orsakerna till ett akut kejsarsnitt. Powerpointen "vården efter ett kejsarsnitt" (bilaga 3) innehåller information kring vården som ges efter kejsarsnitt. Sista Powerpointen lyfter upp barnmorskans bemötande och stöd för kvinnan (bilaga 5).

#### **4.3.2 Övrigt material**

Moodle-kursens material består i huvudsak av Powerpoints som baserar sig på utvecklingsarbetets teoretiska bakgrund. För att stödja studerandes olika inlärningsstilar bestämdes det att Moodle-kursen också skulle bestå av material som inte behöver läsas så

som videor (bilaga 9). Detta också för att göra kursinnehållet så varierande som möjligt för att studerande skulle lättare ta sig igenom materialet och lära sig så mycket som möjligt.

Videorna som valdes är publicerade på Youtube.com och är både på svenska och engelska. Videorna är också mer och mindre grafiska vilket också informeras för studerande innan de öppnar videorna, så de kollar på det som känns bekvämt för dem. Videorna som valdes till kursinnehållet sammanfattade och stärkte informationsinnehållet kring de olika ämnena som presenterades i Powerpointerna.

Moodle kursen hade olika funktioner som gjorde det möjligt att skapa annat slags material som lät studerande själva se hur mycket de lärt sig. Detta kunde de göra genom att fylla i korsord eller genom att utföra olika kunskapsquiz (bilaga 6 & 7). Reflektionsfrågor bildades för att få studerande som utför kursen att självständigt reflektera kring ämnet (bilaga 8).

## **5 Kritisk granskning och metoddiskussion**

Utvecklingsarbetet baserade sig på examensarbetet *"Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning"* – En kvalitativ studie om förstfödorskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet (Risberg & Isuls, 2023). Ny information och nya studier har tagits upp i utvecklingsarbetet och en ny vinkel på ämnet har upplysts.

Syftet med utvecklingsarbetet var att öka kunskapen kring vård vid akut kejsarsnitt hos barnmorskestuderande. Vi anser att om man läst Moodle-kursen som skapats och kan utföra tillhörande uppgifter som finns tillgängliga i kursen så har en god grund kunskap kring ämnet uppfyllts.

Edukandanalysen anses har varit heltäckande och utvecklingsarbetets produkt, Moodle-kursen var anpassad till målgruppen. Vi anser också att haft en fördel genom att vi själva har genomgått förlossningskurser och skulle haft nytta av ytterligare läromedel och information kring utvecklingsarbetets ämne.

Att utveckla en Moodle-kurs för främst barnmorskestuderande på Yrkehögskolan Novia var smidigt eftersom Moodle kurser används flitigt på skolan och är därför bekant för

studerande. Ingen behövde lära sig navigera på Moodle programmet endast för att använda utvecklingsarbetets produkt.

Moodle-kursens innehåll utvecklades med hänsyn till flera studerandes olika inlärningstyper som presenteras i metodbeskrivningen. Powerpointerna innehöll relevant information och vi använde oss en minimalistisk stil för att göra dem så lättlästa som möjligt. Vi valde att använda oss av tillhörande bilder som stödjer teoretiska texten och för att få bättre förståelse kring ämnet. Bilderna har hittats genom Googles sökfunktion och får kopieras. Till varje Powerpoint skapades också tillhörande material som kunde vara i form av kunskapsquiz, videor, reflektionsfrågor eller andra praktiska uppgifter. Därmed har studerande fler alternativ till att repetera och öva. Moodle-kursens innehåll byggdes upp i ett logiskt sätt under olika rubriker för att underlätta för studerande att navigera i kursen och för en helhets känsla.

Forskningsetiska delegationen (2023) har publicerat anvisningar om *god vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*, vilket har blivit följt under hela utvecklingsarbetets process.

## **6 Avslutning**

Utvecklingsarbetet har gett oss en möjlighet att repetera och lära oss mer kring vården vid akut kejsarsnitt. Utvecklingsarbetet är en påminnelse om hur mycket information det finns för en barnmorska att veta och hur stort ansvaret kan kännas vara. Vi vill ännu påminna och förtydliga att som barnmorska så är yrkesidentiteten viktig men också något som man delar på med sina kollegor. Vi hoppas på att kommande barnmorskestuderande har nytta av utvecklingsarbetet.

## 7 Referenser

- Abuduxike, G., Cali, S., Vaizoğlu, S. A., Aşut, Ö., Çavuş, M., Olgu, M., . . . Hossain, M. (2024). An Analysis of the Mode of Delivery, Risk Factors, and Subgroups with High Caesarean Birth Rates Using Robson Classification System. *Maternal & Child Health Journal*, 667-678. doi:10.1007/s10995-023-03783-5
- Chen, C., Yang, M., Zheng, W., Yang, X., Chen, Y., Dong, T., & Luo, Q. (2022). Magnetic Resonance Imaging-Based Nomogram to Antenatal Predict Cesarean Delivery for Cephalopelvic Disproportion in Primiparous Women. *Journal of magnetic resonance imaging*, 1145-1154. doi:https://doi.org/10.1002/jmri.28164
- Dushyant, M. (2010). Assessing cephalopelvic disproportion: back to the basics. *Obstetrical & gynecological survey*, 387-395. doi:https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e3181ecdf0c
- Fjellvang, H., Richter, L., & Ulfsdottir, H. (2019). *Föda barn*. Stockholm: Nordstedts Förlagsgrupp AB.
- Forskningsetiska delegationen. (2023). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors. Hämtat från [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska\\_delegationens\\_GVP-anvisning\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska_delegationens_GVP-anvisning_2023.pdf)
- Holsmann, M., & Jonsson, M. (2023). *CTG Fosterövervakning i teori och praktik*. Stockholm: Gothia Kompetens.
- Hrastinski, S. (2011). *Mer om nätbaserad utbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Institutet för hälsa och välfärd. (2023). *Födorskor och förlossningsåtgärder*. THL.fi. Hämtat från [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/synre/toimenpiteet/summary\\_measuresa1lbyyear?sairaala\\_0=10787&aika\\_0=1015367&aiemmatsynnytykset\\_0=10768&sikioisyys\\_0=10837&ika\\_0=10452&raskausviikot\\_0=10711&bmi\\_0=73019#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/synre/toimenpiteet/summary_measuresa1lbyyear?sairaala_0=10787&aika_0=1015367&aiemmatsynnytykset_0=10768&sikioisyys_0=10837&ika_0=10452&raskausviikot_0=10711&bmi_0=73019#)
- Institutet för hälsa och välfärd. (2023). *Perinataaltilasto : synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022 : Joka viides synnytys päättyy keisarileikkaukseen*. THL.fi. Hämtat från <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>
- Käypä hoito. (2024). *Käypä hoito*. Hämtat från <https://www.kaypahoito.fi/hoi50128>
- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2022). *Reproduktiv hälsa*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- Microsoft. (u.d.). *Basuppgifter för att skapa en presentation i PowerPoint*. Hämtat från Microsoft.com: <https://support.microsoft.com/sv-se/office/basuppgifter-f%C3%B6r-att-skapa-en-presentation-i-powerpoint-efbbc1cd-c5f1-4264-b48e-c8a7b0334e36>
- Moodle. (den 27 1 2024). Hämtat från [https://docs.moodle.org/403/en/About\\_Moodle](https://docs.moodle.org/403/en/About_Moodle)
- Phillips, D. J. (2008). *Framgångsrik presentationsteknik*. Malmö: Liber AB .

- Risberg, V., & Isuls, J. (2023). "Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning" - En kvalitativ studie om förstföderskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet. (Y. Novia, Red.) Vasa: Barnmorskeexamen (YH), Institutionen för hälsa och välfärd. . Hämtat från <https://www.theseus.fi/handle/10024/810217>
- Tikkanen, M. (2008). PLACENTAL ABRUPTION Studies on incidence, risk factors and potential predictive biomarkers. *Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki, Finland*, 69. Hämtat från <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bdb71a58-b2dc-4cc2-aa91-381162b61f52/content>
- Utbildningsstyrelsen.fi. (2024). *Sting i studierna*. Hämtat från <https://www.oph.fi/sv/laromedel/sting-i-studierna/inlarning/inlarningsstilar>
- Wen, Juan, Guiling, Y., Yan, K., Liu, F., & Holly, W. (2020). "An Exploration of the Breastfeeding Behaviors of Women After Cesarean Section: A Qualitative Study.". *International Journal of Nursing Sciences* 7, 419-426.
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization .
- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request--guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 99-106. doi:10.1016/j.srhc.2012.06.003
- Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2014.08.014

# Bilagor

## Bilaga 1 Kursintroduktion

### KURSINTRODUKTION

Välkommen till denna Moodlekurs om barnmorskans roll vid akut kejsarsnitt. Den här kursen är resultatet av vårt utvecklingsarbete som baserar sig på examensarbetet *”Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning” – En kvalitativ studie om förstföderskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet* (Risberg & Isuls, 2023).

Syftet med kursen är att öka kunskapen hos barnmorskestuderande kring barnmorskans roll vid vården av akut kejsarsnitt. Genom att öka kunskapen hos barnmorskestuderande tryggas vården hos födande kvinnor i framtiden. Kejsarsnitt

Kursen är uppbyggd av fyra kapitel: Kejsarsnitt, medicinska orsaker till akut kejsarsnitt, vården efter kejsarsnitt, bemötande och stöd. Under dessa kapitel finns Powerpoints, videor och tillhörande kunskapsquiz som berör ämnet.

Länk till examensarbetet:

<https://www.theseus.fi/handle/10024/810217>

Vi hoppas kursen är lärorik!

Med vänliga hälsningar Josephine Isuls och Victoria Risberg



## Bilaga 3 Powerpointpresentation ” Vården efter ett kejsarsnitt”

1

### VÅRDEN EFTER ETT KEJSARSNITT

Vad behöver du som barnmorska känna till?

Efter ett kejsarsnitt är barnet och kvinnan under uppvakning för att säkerställa deras välmående. Vården efter ett kejsarsnitt skiljer sig från en vaginalförlossning.

2

### Hud- mot- hudkontakt

- Den första kontakten mellan en mamma och hennes nyfödda barn är av stor betydelse.
- **Fördelar för den nyfödda:** kroppstemperaturen hålls stabil, blodsockernivåerna blir jämnare och stressen minskar.
- **Fördelar för kvinnan:** ökning av oxytocin, som frigörs som svar på barnets massage-liknande rörelser på bröstet före amning. Dessa rörelser kan förbereda mamman för mjölkproduktion och underlätta anknytningen till det nyfödda barnet. Det visar också på att högre oxytocinnivåer kan förstärka mammans instinkt att skydda och vårda sitt barn
- Om separation behövs kan det skapa stress hos både mamman och barnet, och detta bör hanteras försiktigt. Ökad produktion av stresshormoner aktiverar det autonoma nervsystemet, vilket i sin tur leder till högre energiförbrukning
- Barn som föds med kejsarsnitt ammas ofta mindre än barn som föds vaginalt.



3

### Fortsättning...

- Hud-mot-hud-kontakt mellan mamma och barn kan vara svår att genomföra direkt efter ett kejsarsnitt, speciellt efter akuta kejsarsnitt.
- Hud- mot- hudkontakt med fadern eller partnern är värdefull om kvinnan ej kan ha barnet.
- Ett barn som får denna typ av kontakt med den andra föräldern gråter mindre, uppvisa ett lugnare beteende och sova bättre jämfört med ett barn som placeras i en säng.
- Barn som får hud-mot-hud-kontakt med den andra föräldern ett mer aktivt sökbeteende, vilket kan underlätta den första amningen, även om den sker något senare

4

### Amning och mjölkstimulering

- Det finns flera studier som påvisar att amningen oftast är svårare att få i gång efter ett kejsarsnitt i jämförelse med en vaginal förlossning
- Orsaken till det kan vara kvinnans smärta, babyn inte är lika snabbt och mycket i hudkontakt där den kan suga på bröstet.
- Smärter för kvinnan i operationssåret gör amningen svårare, att hitta en bra och bekväm amningsposition de första dagarna efter operationen kan vara svår.
- Det finns en rädsla hos kvinnan att babyn sparkar mot operationssåret vilket göra att kvinnan ej vill amma eller att ha svårt med att hålla babyn tillräckligt nära henne för att amningen ska lyckas.
- Barnmorskans uppgift här är att visa ett gott stöd och ta hand om familjen efter kejsarsnittet. Viktigt att barnmorskan handleder och hjälper kvinnan att hitta en god amningsposition.
- Enligt studier har man kunnat påvisa att för kvinnor som genomgått kejsarsnitt har en annan oxytocin produktion än kvinnor med vaginalförlossning vilket också påverkar mjölkproduktionen.

### Mobilisering

- Efter kejsarsnitt får kvinnan smärtstillande enligt sjukhusets riktlinjer för att underlätta mobilisering efter operationen.
- På avdelningen är det viktigt att övervaka kvinnans smärtnivå och följa sjukhusets och läkarens riktlinjer för smärtbehandling
- De första timmarna efter kejsarsnittet flyttas kvinnan ofta till en uppvakningsavdelning där hennes vitala parametrar som puls, blodtryck, syremättnad och temperatur övervakas.
- Vårdplanen efter ett kejsarsnitt anpassas efter kvinnans allmäntillstånd, vilka mediciner hon fått under operationen och vilken typ av anestesi som har använts.
- Efter vistelsen på uppvakningsavdelningen kan kvinnan flyttas till förlossningsavdelningen eller en postpartumavdelning.
- Mobilisering är viktig efter operationen; kvinnan bör informeras om fördelarna med tidig rörelse för att minska risken för trombos och infektioner.
- Efter kejsarsnitt är en genomsnittlig vårdtid på sjukhuset 2-3 dygn.

### Referenser

- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2022). *Reproduktiv hälsa*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2014.08.014
- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request--guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 99-106. doi:10.1016/j.srhc.2012.06.003

5

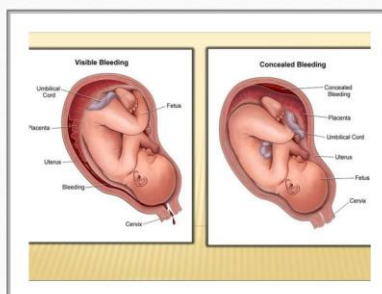
6

## Bilaga 4 Powerpointpresentation "Medicinska orsaker till akut kejsarsnitt"

### Akuta medicinska orsaker till kejsarsnitt

I denna powerpoint presenteras Ablatio, uterus ruptur, navelsträngs prolaps, preeklampsi samt eklampsi, avvikande CTG & hotade asfyxi hos fostret. Slutligen presenteras också dystoci.

1



### Ablatio/ Abruptio placentae

**Definition:** Ablatio är när moderkakan lossnar för tidigt från livmoderväggen före barnets födelse.

**Risikfaktorer:** Hög ålder, fler än ett foster (multiparitet), högt blodtryck, preeklampsi, intrauterin tillväxthämning, diabetes, polyhydramnios, för tidig vattenavgång, livmoderavvikelser, tidigare kejsarsnitt, tidigare ablatio, anemi, placenta previa, kort navelsträng, infektion (koriaamionit), yttre trauma, rökning, droger och alkohol.

**Symtom:**

- Vaginal blödning (vanligt, men ej alltid förekommande)
- Ihållande buksmärta och livmoderömhet
- Blod i fostervattnet (50% av fallen)
- Förändrade fostrets hjärtljud (69% av fallen)
- 19% av fallen uppvisas inga tydliga symtom

2

### Fortsättning:

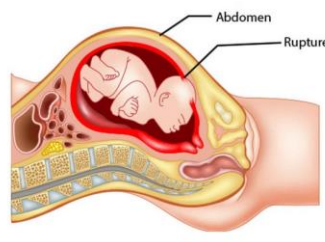
#### Diagnos och behandling:

- Snabb klinisk bedömning och fosterövervakning (ex. CTG)
- Vaginal undersökning, anamnes, blodprover och ultraljud
- Intravenös infart och vätskedropp vid behov
- Akut kejsarsnitt vid stor blödning; annars noggrant övervägande för vaginal förlossning om stabilt

#### Komplikationer:

- Hypovolemisk chock, organskador, hysterektomi och i värsta fall död
- Om över 50% av placentan lossnar utan åtgärd, riskerar fostret att avlida eller få allvarliga skador

3



4

### Fortsättning

#### •Typer av uterusruptur:

**Komplett uterusruptur:** Alla lager av livmoderväggen har brutit, vilket skapar en öppning mot bukhålan och innebär stor risk för modern och barnet.

**Inkomplett uterusruptur:** De inre lagren har brutit men det yttre lagret är intakt; risken för komplikationer är något lägre än vid komplett ruptur.

**Fenestrering:** En försvagning i livmoderväggen utan fullständig birstning, vilket innebär lägre risk för omedelbara komplikationer men kan påverka framtida graviditeter.

#### Symtom och tecken:

- Tecken på fosterpåverkan, minskat tryck i livmodern, upphörda värkar
- Buksmärta hos kvinnan, fostrets föregående del glider upp ur bäckenet, vaginalblödning
- Hypovolemisk chock hos kvinnan

#### Behandling vid tecken på uterusruptur:

- Avbryt oxytocinstimulering, ge tokolytika och genomför omedelbart kejsarsnitt

5

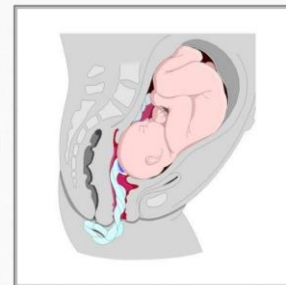
### Navelsträngs prolaps

**Definition:** Navelsträngen hamnar framför fostrets ledande del, vilket riskerar att navelsträngen kläms mellan fostret och livmoderhalsen, vilket kan avbryta blodtillförseln och leda till svår asfyxi hos fostret.

**Frekvens:** Relativt ovanlig komplikation, inträffar hos 1-9 av 1000 gravida kvinnor.

#### Typer av navelsträngs prolaps:

- **Manifest navelsträngs prolaps:** Navelsträngen ligger framför fostret vid brösta hinnor; navelsträngen synlig och palpabel.
- **Ockult navelsträngs prolaps:** Navelsträngen ligger delvis i förlossningskanalen men inte framför fostret; kan orsaka fetala bradykardier.
- **Föreliggande navelsträng:** Navelsträngen ligger framför fostret men hinnorna är intakta; kan bli en manifest prolaps om hinnorna spricker.



6

## Fortsättning

**Diagnos och åtgärder:**

- Diagnostiseras genom vaginal undersökning, särskilt vid plötslig försämring i fosterövervakning (CTG).
- Omedelbart kejsarsnitt oftast nödvändigt; vid förberedelser försöker man avlasta trycket på navelsträngen genom att trycka upp fostrets ledande del med fingrarna.
- Om navelsträngen hänger ut ska den hållas fuktig och placeras tillbaka för att förhindra uttorkning.
- Vid utebliven pulsering i navelsträngen finns stor risk för fosterdöd.

•**Ytterligare åtgärder:** Kvinnan ska undvika att krysta, intravenös infart (IV) sätts vid behov, och tokolytika ges för att stoppa sammandragningar.

7

## Preeklampsi

**Definition och symptom:**

- Preeklampsi är en komplikation under graviditeten med högt blodtryck och organsvikt, ofta i njurarna.
- Vanligtvis inträffar allvarlig preeklampsi före vecka 34 och kan ha allvarliga konsekvenser för både mor och barn om den inte behandlas.

**Prevalens och risker:**

- Drabbar 2–8 % av gravida globalt och är en ledande orsak till mödra- och spädbarnsdödlighet.
- Orsakerna är delvis okända men tros bero på problem i moderkakens utveckling, vilket påverkar blodkärlen och orsakar högt blodtryck.

**Allvarliga komplikationer:**

- Eklampsi: innebär krampor och kan vara livshotande.
- HELLP-syndrom: innebär blodnedbrytning, förhöjda levervärden och lågt antal trombocyter.
- Risk för skador på njurar och lever om tillståndet är obehandlat.

8

## Fortsättning

**Risikfaktorer:**

Tidigare preeklampsi, kronisk hypertoni, autoimmuna sjukdomar, njursjukdom, diabetes, flerbarngraviteter, IVF-graviditet.

Andra risker: Förstagångsfödarska, hög ålder, högt BMI, afrikansk etnicitet, ärflighet.

Förebyggande åtgärd för hög risk: lågdos acetylsalicylsyra.

**Diagnos:**

Kräver graviditetsinducerad hypertoni och symptom som smärta i epigastriet, huvudvärk, synstörningar, ödem och viktuppgång.

Diagnostiska tester: blodtryck, urinprov för proteinuri, blodprov för lever- och hematologisk påverkan, ultraljud för fostrets tillväxt.

**Behandling:**

Botande behandling är förlossning; dock fördröjs förlossningen om möjligt för barnets utveckling.

Mild preeklampsi: övervakning av blodtryck, urinprover, fostrets tillväxt, blodtrycksmedicinering och eventuell sjukskrivning.

Svår preeklampsi: behandling med magnesiumsulfat (krampor), kortikosteroider för fostrets lungmognad, samt förlossningsinduktion eller kejsarsnitt om nödvändigt.

9

## Eklampsi

**Definition av eklampsi:**

- Eklampsi innebär ett eller flera krampfall under graviditet, förlossning eller första veckan postpartum.
- All kramp hos en gravid kvinna antas vara eklampsi tills undersökning bekräftar annat.

**Förutsägbarhet och förebyggande:**

- Svår att förutsäga; kan uppstå utan tidigare symptom.
- Noggrann övervakning och behandling av preeklampsi kan minska risken.
- Magnesiumsulfat används som förebyggande vid svår preeklampsi.

**Förlossningshantering vid eklampsi:**

- Vid spontana värkar och huvudbjudning kan vaginal förlossning genomföras, oberoende av graviditetsvecka, men med noggrann övervakning.
- Efter vecka 32 kan induktion och vaginal förlossning övervägas, beroende på mor och barns tillstånd.
- Före vecka 32 rekommenderas kejsarsnitt för att minska risken för komplikationer vid prematur förlossning.

**Akut åtgärd vid eklampsi:**

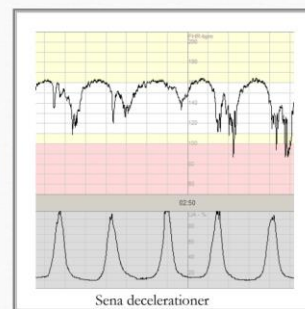
- Vid eklampsi behövs ofta snabb förlossning, ofta genom akut kejsarsnitt oavsett graviditetsvecka.
- Målet är att snabbt förhindra ytterligare krampor och skydda moderns organfunktioner.

10

## Avvikande CTG &amp; Hotade asfyxi hos fostret

- Under en förlossning övervakas fostrets hjärtfrekvens och livmoders kontraktioner med hjälp av CTG
- Om en CTG kurva avviker från det normala kan det tyda på att fostret är stressat eller att det finns otillräcklig syretillförsel åt fostret -> det finns risk för asfyxi
- Asfyxi = syrebrist
- Fosterasfyxi innebär att fostret har en otillräcklig syretillförsel, vilket kan leda till skador på nervsystemet och andra organ om det inte åtgärdas snabbt

11



## Fortsättning...

- En avvikande CTG kurva kan visa sig som förhöjd eller sänkt fosterhjärtfrekvens, minskade variationer i hjärtfrekvensen, detta kan tyda på att fostret är påverkat av syrebrist
- Exempel på avvikande CTG kurva kan vara:
  - Decelerationer, alltså plötslig minskning av hjärtfrekvensen i samband med sammandragningar.
  - Speciellt de decelerationer som är sena och återkommande tyder på att fostret inte klarar av påfrestningen av sammandragningarna

12

## Hur hanterar barnmorskan en avvikande CTG?

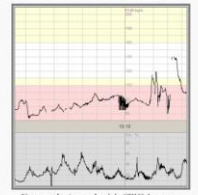
- Barnmorskan ska rådfråga med en erfaren kollega och läkare om CTG kurvan är avvikande.
- Vid en riskförlossning t.ex. intrauterin tillväxthämning, preeklampsi eller insulinbehandlad diabetes måste ansvarande läkare alltid konsulteras om CTG kurvan är avvikande.
- Vid en patologisk CTG kurva ska läkare **alltid** tillkallas på plats.
- Vid en avvikande och patologisk CTG ska man värdera fostrets aktuella situation, kapacitet för fortsatt förlossning, samt vilka åtgärder som ska och kan vidtas.



13

## Fortsättning

- Om det finns misstanke om att fostret riskerar syrebrist, kan detta bekräftas genom:
  - Att ta ett blodprov från fostrets skalp där man mäter pH-värdet, ett lågt pH-värde kan tyda på syrebrist.
  - Man kan bedöma blodflödet i navelsträngen och moderkakan med hjälp av ultraljud
- Om misstanke om foster-asfyxi bekräftas och tillståndet inte kan åtgärdas eller förbättras snabbt t.ex genom att kvinnan byter lägesställning, kan ett akut kejsarsnitt vara nödvändigt för att snabbt få ut barnet och förhindra skador.
- Kejsarsnitt är en åtgärd och kan vara livräddande för fostret i dessa situationer



Exempel på patologisk CTG kurva

14

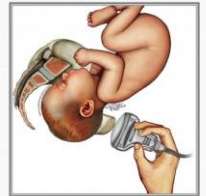
## Dystoci

- Dystoci innebär att förlossningen går långsammare än väntat eller stannar upp.
- Detta kan bero på att livmodermunnen inte öppnas tillräckligt snabbt eller att barnet inte rör sig nedåt i födelsekanalen.
- Orsaker till dystoci inkluderar svaga värkar, trång bäckenstruktur hos modern, eller att barnet ligger i en ogynnsam position.
- Vid svår dystoci kan kejsarsnitt behövas för att minska risken för komplikationer som syrebrist hos fostret.

15

## Fortsättning

- Cephalopelvic disproportion (CPD) innebär att barnets huvud eller kropp är för stor för moderns bäcken, vilket försvårar eller omöjliggör en vaginal förlossning.
- CPD kan bero på barnets storlek, bäckenets form, eller andra faktorer.
- Om fostret inte kan passera genom bäckenet, rekommenderas kejsarsnitt för att undvika skador på både modern och barnet.
- Felbjudningar hos fostret kan påverka förlossningen och göra en vaginal förlossning omöjlig.
- I vissa fall anses kejsarsnitt vara det säkraste alternativet beroende på fostrets bjudning.



16

## Referenser

- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2022). *Reproduktiv hälsa*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- Holsmann, M., & Jonsson, M. (2023). *CTG Fosterövervakning i teori och praktik*. Stockholm: Gothia Kompetens.
- Chen, C., Yang, M., Zheng, W., Yang, X., Chen, Y., Dong, T., & Luo, Q. (2022). Magnetic Resonance Imaging-Based Nomogram to Antenatal Predict Cesarean Delivery for Cephalopelvic Disproportion in Primiparous Women. *Journal of magnetic resonance imaging*, 1145-1154. doi:<https://doi.org/10.1002/jmri.28164>
- Dushyant, M. (2010). Assessing cephalopelvic disproportion: back to the basics. *Obstetrical & gynecological survey*, 387-395. doi:<https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e3181ecd0c>

17

## Bilaga 5 Powerpointpresentation "Bemötande och stöd under vårdperioden"



### BEMÖTANDE OCH STÖD UNDER VÅRDPERIODEN

1

- Ett bra bemötande och stöd skapar trygghet för den födande kvinnan. Barnmorskans bemötande och stöd är en avgörande roll vid akuta situationer vid förlossningen. Det finns sex viktiga aspekter att tänka på vid bemötande och stöd från barnmorskan under en akut situation vid förlossning, dessa är:

- Snabb och lugn respons, kommunikation och information, emotionellt stöd, samarbete i vårdteamet, anpassa vården och postpartum



2

SNABB OCH LUGN  
RESPONS &  
KOMMUNIKATION OCH  
INFORMATION

- **Snabb och lugn respons**
  - Under akuta situationer är det viktigt att barnmorskan agerar snabbt och effektivt, men samtidigt behåller lugnet.
  - Om barnmorskan upplevs lugn hjälper det att minska stressnivån och skapa en känsla av trygghet hos den födande kvinnan och partnern
- **Kommunikation och information**
  - Huvudnyckeln till akuta situationer är kommunikationen
  - Barnmorskan ska förklara tydligt vad som händer, varför vissa åtgärder behövs och vad som kommer att ske.
  - Barnmorskan ska använda ett lugn och stöttande röst, samt visa ett lugnt kroppsspråk.
  - Ibland kan informationen bli överväldigande, så informationen som ges åt den födande kvinnan ska anpassas enligt hur föderskan kan och vill ta in.

3

EMOTIONELLT STÖD &  
SAMARBETE I VÅRDTEAMET

- **Emotionellt stöd**
  - Barnmorskan visar ett emotionellt stöd visat till den födande kvinnan och partnern genom att vara närvarande och tröstande, exempelvis hålla en hand eller bekräfta att kvinnan är duktig
  - Vid akuta situationer är barnmorskans handlande en avgörande faktor
  - Det är då viktigt att barnmorskan försöker hålla en lugn och stabil närvaro för att hjälpa den födande kvinnan och partnern att hantera situationen
  - **Samarbete i vårdteamet**
    - Det är viktigt att barnmorskan vet sin arbetsuppgift i en akutsituation för att allt ska gå så smidigt som möjligt, samma gäller annan sjukvårdspersonal
    - I en akut situation krävs ett bra samarbete mellan barnmorskan och annan sjukvårdspersonal till exempel gynekologen eller operationspersonalen.
    - Ett bra samarbete och tydlig kommunikation är avgörande för att allt ska fungera smidigt.

4

ANPASSA VÅRDEN &  
POSTPARTUM

- **Anpassa vården**
  - Även i akuta situationer försöker barnmorskan ta hänsyn till den födandes önskemål och behov i den mån det är möjligt.
  - Att känna sig sedd och hörd är viktigt, och barnmorskan gör sitt bästa för att skapa en känsla av kontroll, även när saker går oväntat.
- **Postpartum**
  - Efter en akut situation är det viktigt att barnmorskan och läkaren erbjuder ett samtal där den födande och hennes partner kan gå igenom vad som hände, ställa frågor och få bearbeta upplevelsen.
  - Det är en del av att visa en hälsovård och försöka bidra till en positiv upplevelse, trots svårigheter som uppstod

5

- I boken Reproduktiv Hälsa nämner de en forskning angående kejsarsnitt:
 

*"Forskning visar att kvinnor som genomgått kejsarsnitt ofta rapporterar en mindre positiv upplevelse av förlossningen, särskilt vid akuta ingrepp. Detta beror sannolikt inte enbart på själva förlossningsmetoden utan även på andra faktorer, såsom bristande kommunikation, sorg över att inte kunna föda vaginalt, samt komplikationer och förlossningsrädsla som kan uppstå efteråt. En akut situation leder oftare till en negativ förlossningsupplevelse än ett planerat kejsarsnitt, men det innebär inte att ett planerat kejsarsnitt nödvändigtvis upplevs positivt"*

- Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022

FORSKNING

6

## REFERENSER

- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2022). *Reproduktiv hälsa*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization .

## Bilaga 6: Kunskapsquiz frågor

### Kejsarsnitt

#### 1. Vad är ett kejsarsnitt?

- A) En kirurgisk förlossningsmetod där barnet föds genom ett snitt i mammans buk och livmoder.
- B) En vaginal förlossningsmetod som används när fostret är i sätesbjudning.
- C) En förlossningsmetod där barnet föds med hjälp av sugklocka.

**Rätt svar: A**

#### 2. Vilken av följande är en vanlig orsak till planerat kejsarsnitt?

- A) Kvinnans fysiologi, såsom ett för trångt bäcken.
- B) Önskemål om att få barnet tidigare.
- C) Lågt blodtryck hos kvinnan.

**Rätt svar: A**

#### 3. När utförs vanligen ett planerat kejsarsnitt?

- A) Efter graviditetsvecka 37.
- B) Efter graviditetsvecka 39.
- C) Efter graviditetsvecka 41.

**Rätt svar: B**

#### 4. Vilken av följande situationer är en vanlig orsak till akut kejsarsnitt?

- A) Mamman har en önskan om kejsarsnitt av personliga skäl.
- B) Hotande fosterasfyxi.
- C) Multipla graviditeter (tvillingar eller fler).

**Rätt svar: B**

#### 5. Vad innebär ett urakut kejsarsnitt?

- A) Ett kejsarsnitt som planeras i förväg för att minska stress.
- B) Ett kejsarsnitt där barnet behöver vara ute inom cirka 10 minuter.
- C) Ett kejsarsnitt där barnet behöver vara ute inom cirka 30 minuter.

**Rätt svar: B**

#### 6. Vilken typ av bedövning ges ofta till mamman vid ett planerat kejsarsnitt?

- A) Allmän anestesi (narkos).
- B) Epiduralanestesi.
- C) Spinalanestesi (ryggbedövning).

**Rätt svar: C**

**7. Var görs vanligtvis snittet vid ett kejsarsnitt?**

- A) Vertikalt på magen.
- B) Horisontellt under naveln och i nedre delen av livmodern.
- C) Vertikalt längs naveln.

**Rätt svar: B**

**8. Vilket av följande är en risk med kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning?**

- A) Ökad risk för stress hos fostret.
- B) Ökad risk för infektion och blodförlust.
- C) Ökad risk för högt blodtryck.

**Rätt svar: B**

**9. Vad sker vanligtvis efter att barnet lyfts ut vid ett kejsarsnitt?**

- A) Barnet undersöks snabbt för att säkerställa dess välmående.
- B) Barnet tas direkt till neonatalavdelningen för observation.
- C) Barnet hålls borta från mamman i minst en timme.

**Rätt svar: A**

**10. Varför är återhämtningstiden efter ett kejsarsnitt oftast längre än efter en vaginal förlossning?**

- A) På grund av användning av spinalanestesi.
- B) På grund av att kejsarsnittet är ett kirurgiskt ingrepp.
- C) På grund av risk för fostervatteninfektion.

**Rätt svar: B**

## Medicinska orsaker vid akut kejsarsnitt

### 1. Vad innebär en navelsträngs prolaps?

- A) Att navelsträngen ligger framför och under fostrets bjudande del
- B) Att navelsträngen är kortare än vanligt
- C) Att navelsträngen är tvinnad runt fostrets huvud
- D) Att navelsträngen inte har någon kontakt med placentan

**Rätt svar:** A) Att navelsträngen ligger framför och under fostrets bjudande del

### 2. Vad är den största risken för fostret vid en navelsträngs prolaps?

- A) Att fostret har ökat hjärtfrekvens
- B) Att fostret får syrebrist (asfyxi)
- C) Att fostret roterar till en annan position
- D) Att fostrets tillväxt avstannar

**Rätt svar:** B) Att fostret får syrebrist (asfyxi)

### 3. Hur vanligt är navelsträngs prolaps bland gravida kvinnor?

- A) 1 - 9 per 1,000 gravida kvinnor
- B) 10 - 15 per 1,000 gravida kvinnor
- C) 1 - 9 per 100 gravida kvinnor
- D) 10 - 15 per 100 gravida kvinnor

**Rätt svar:** A) 1 - 9 per 1,000 gravida kvinnor

### 4. Vad kännetecknar en manifest navelsträngs prolaps?

- A) Navelsträngen ligger framför fostrets bjudande del vid intakta fosterhinnor
- B) Navelsträngen är synlig och kan palperas vid brustna hinnor
- C) Navelsträngen är inte synlig men ligger delvis i förlossningskanalen
- D) Navelsträngen ligger ovanför fostrets huvud

**Rätt svar:** B) Navelsträngen är synlig och kan palperas vid brustna hinnor

### 5. Vad är den första viktigaste åtgärden vid misstänkt navelsträngs prolaps?

- A) Vaginal undersökning för att utesluta/säkerställa prolaps
- B) Ökad fosterövervakning med ultraljud
- C) Att omedelbart ge tokolytika
- D) Att direkt förbereda för vaginal förlossning

**Rätt svar:** A) Vaginal undersökning för att utesluta/säkerställa prolaps

**6. Hur hanterar man en manifest navelsträngs prolaps under förberedelse för kejsarsnitt?**

- A) Man ökar värkarna för att påskynda förlossningen
- B) Man trycker upp fostrets bjudande del för att minska trycket på navelsträngen
- C) Man försöker rotera fostret för att frigöra navelsträngen
- D) Man försöker att hålla navelsträngen torr

**Rätt svar:** B) Man trycker upp fostrets bjudande del för att minska trycket på navelsträngen

**7. Vad tyder det på om navelsträngen inte pulserar vid navelsträngs prolaps?**

- A) Försämrade blodtillförsel till mamman
- B) Risk för ökad värkaktivitet
- C) Möjlig fosterdöd
- D) Normal förlossningsprocess

**Rätt svar:** C) Möjlig fosterdöd

**8. Vad innebär en uterusruptur?**

- A) Bristning i livmoderväggen
- B) En missanpassning mellan fostrets huvud och bäckenet
- C) Onormal placentainväxt
- D) Oförklarliga blödningar under graviditeten

**Rätt svar:** A) Bristning i livmoderväggen

**9. Vilken är en av de vanligaste riskfaktorerna för uterusruptur?**

- A) Vaginal födsel efter kejsarsnitt
- B) Tidigare ärr från kejsarsnitt eller operationer i livmodern
- C) Flerbördsgraviteter med låg risk
- D) Användning av epiduralbedövning

**Rätt svar:** B) Tidigare ärr från kejsarsnitt eller operationer i livmodern

**10. Vad är ett vanligt tecken på att en uterusruptur kan ha inträffat?**

- A) Ökad fosterrörelse
- B) Förstärkta värkar
- C) Plötsligt upphörda värkar
- D) Ökat blodtryck hos kvinnan

**Rätt svar:** C) Plötsligt upphörda värkar

**11. Vid vilken typ av kejsarsnitt ökar risken för uterusruptur mest?**

- A) Transversalt snitt i livmodern
- B) Snitt längs mittlinjen i livmodern
- C) Litet horisontellt snitt

**Rätt svar:** B) Snitt längs mittlinjen i livmodern

**12. Vad karakteriserar en inkomplett uterusruptur?**

- A) Alla lager av livmoderväggen är skadade
- B) Endast de inre lagren är skadade, medan det yttre är intakt
- C) Endast yttre lager är skadat
- D) Livmoderväggen har blivit extremt tunn

**Rätt svar:** B) Endast de inre lagren är skadade, medan det yttre är intakt

**13. Vad är den främsta risken för fostret vid en uterusruptur?**

- A) Fostret kan fastna i livmodern
- B) Syrebrist och allvarliga blödningar
- C) skada på extremiteterna
- D) Stress

**Rätt svar:** B) Syrebrist och allvarliga blödningar

**14. Vilka åtgärder ska vidtas vid tecken på uterusruptur?**

- A) Administrera oxytocin för att öka värkarna och planera vaginal förlossning.
- B) Avbryta oxytocinstimulering, ge tokolytika och planera akut kejsarsnitt
- C) Ge smärtlindring och fortsätt CTG övervakning.
- D) Sänka moderns blodtryck med medicinering

**Rätt svar:** B) Avbryta oxytocinstimulering, ge tokolytika och planera akut kejsarsnitt

**15. Vilka är de tre huvudkategorierna av uterusruptur?**

- A) Komplet, inkomplet och fenestrering
- B) Ockult, manifest och föreliggande
- C) Akut, kronisk och partiell
- D) Lätt, måttlig och allvarlig

**Rätt svar:** A) Komplet, inkomplet och fenestrering

**16. Vad innebär ablatio?**

- A) Moderkakan fäster sig för tidigt i livmoderväggen
- B) Moderkakan lossnar för tidigt från livmoderväggen
- C) Moderkakan växer in i livmoderväggen
- D) Moderkakan slutar producera nödvändiga hormoner

**Rätt svar:** B) Moderkakan lossnar för tidigt från livmoderväggen

**17. Vilken av följande är en riskfaktor för ablatio?**

- A) Lång navelsträng
- B) Hög ålder hos kvinnan
- C) Polyhydramnios
- D) Hög fostervikt

**Rätt svar:** C) Polyhydramnios

**18. Vilket av följande symtom är vanligast vid ablatio?**

- A) Vaginal blödning
- B) Feber
- C) Minskade fosterrörelser
- D) Kraftiga kräkningar

**Rätt svar:** A) Vaginal blödning

**19. Vilket undersökningsverktyg används för att följa fostrets välmående vid misstanke om ablatio?**

- A) MR-undersökning
- B) CTG (kardiotokografi)
- C) Amniocentes
- D) ultraljudsundersökning

**Rätt svar:** B) CTG (kardiotokografi)

**20. Vad kännetecknar en ockult ablatio?**

- A) Moderkakan lossnar helt och syns tydligt i ultraljud
- B) Moderkakan lossnar partiellt utan vaginal blödning
- C) Livmoderväggen har ett hål på grund av bristning
- D) Blödningen är synlig men fostret påverkas inte

**Rätt svar:** B) Moderkakan lossnar partiellt utan vaginal blödning

**21. Vilken är den mest akuta behandlingen vid stor blödning orsakad av ablatio?**

- A) Snabb smärtlindring
- B) Vätskedropp och blodtransfusion
- C) Akut kejsarsnitt
- D) Sängläge och avvakta

**Rätt svar:** C) Akut kejsarsnitt

**22. Vilket tillstånd kan uppstå hos kvinnan vid stor blodförlust från ablatio?**

- A) Hypovolemisk chock
- B) Högt blodtryck
- C) Preeklampsi
- D) Ökade fosterrörelser

**Rätt svar:** A) Hypovolemisk chock

**23. Vilken följd kan ablatio ha på fostret om mer än 50 procent av moderkakan lossnar?**

- A) Fostret kan födas utan komplikationer
- B) Ökad risk för fosterskador eller död
- C) Inga omedelbara effekter för fostret
- D) Fostret utvecklar lungskador

**Rätt svar:** B) Ökad risk för fosterskador eller död

**24. Vad kännetecknar preeklampsi?**

- A) Lågt blodtryck och njurpåverkan
- B) Högt blodtryck och påverkan på organ, oftast njurarna
- C) Förändringar i blodsocker och levervärden

**Rätt svar: B**

**25. När uppträder de svåra fallen av preeklampsi vanligtvis?**

- A) Efter graviditetsvecka 37
- B) Innan graviditetsvecka 34
- C) Vid förlossningen

**Rätt svar: B**

**26. Vilken är den enda botande behandlingen för preeklampsi?**

- A) Magnesiumsulfat
- B) Kortikosteroider
- C) Förlossning

**Rätt svar: C**

**27. Vilken av följande komplikationer kan preeklampsi leda till?**

- A) Gestationsdiabetes
- B) Eklampsi och HELLP-syndrom
- C) Förhöjd fostertillväxt

**Rätt svar: B**

**28. Vilken är en känd riskfaktor för att utveckla preeklampsi?**

- A) Att vara omföderska
- B) Att ha ett högt BMI
- C) Att ha kronisk hypertoni eller autoimmun sjukdom

**Rätt svar: C**

**29. Vilket av följande symtom kan indikera preeklampsi?**

- A) Feber och huvudvärk
- B) Smärta i epigastriet, synstörningar och ödem
- C) Ökad aptit och viktnedgång

**Rätt svar: B**

**30. Vilket prov används för att bekräfta preeklampsi genom att påvisa proteinuri?**

- A) Blodprov
- B) Urinprov
- C) Ultraljud

**Rätt svar: B**

**31. Vad kan rekommenderas till kvinnor med hög risk för preeklampsi som förebyggande behandling?**

- A) Blodtryckssänkande läkemedel
- B) Lågdos acetylsalicylsyra
- C) Ökad fysisk aktivitet

**Rätt svar: B**

**32. Vilket läkemedel används ofta för att förebygga kramper vid svår preeklampsi?**

- A) Acetylsalicylsyra
- B) Magnesiumsulfat
- C) Insulin

**Rätt svar: B**

**33. Varför kan kortikosteroider ges till fostret vid svår preeklampsi?**

- A) För att sänka mammans blodtryck
- B) För att påskynda barnets lungmognad om förlossning behöver ske tidigt
- C) För att minska mammans blodsocker

**Rätt svar: B**

**34. Vad övervakar CTG under förlossningen?**

- A) Endast fostrets hjärtfrekvens
- B) Livmoderns kontraktioner och fostrets hjärtfrekvens
- C) Endast moderns hjärtfrekvens

**Rätt svar: B**

**35. Vad kan en avvikande CTG-kurva indikera?**

- A) Att fostret är redo för förlossning
- B) Att fostret har otillräcklig syretillförsel, eventuellt fosterasfyxi
- C) Att modern har lågt blodtryck

**Rätt svar: B**

**36. Vilken är en vanlig åtgärd om fostret riskerar syrebrist enligt CTG?**

- A) Sänka moderns blodtryck
- B) Ge fostret extra syre direkt via moderkakan
- C) Akut kejsarsnitt om lägesändring inte hjälper

**Rätt svar: C**

**37. Vilken metod används för att kontrollera fostrets syrenivå när CTG avviker?**

- A) Ultraljud av hjärtfrekvensen
- B) Ett blodprov från fostrets skalp för att mäta pH-värdet
- C) Kontroll av kvinnans syrenivå

**Rätt svar: B**

**38. Vad innebär dystoci under förlossningen?**

- A) Syrebrist hos fostret
- B) Att förlossningen går långsammare än väntat eller stannar upp
- C) Att moderns blodtryck sjunker snabbt

**Rätt svar: B**

**39. Vad innebär CPD?**

- A) Fostrets huvud eller kropp är för stor för moderns bäcken
- B) Fostrets lungor utvecklas inte som förväntat
- C) Fostret ligger i fel position för vaginal förlossning

**Rätt svar: A**

**40. Vilka tecken på CTG-kurvan kan tyda på syrebrist hos fostret?**

- A) Ökad hjärtfrekvens utan variation
- B) Minskad variation i hjärtfrekvens, särskilt sena och återkommande decelerationer
- C) Ökad variation i hjärtfrekvens

**Rätt svar: B**

**41. Vad är en typisk riskfaktor som kräver läkarkonsultation vid en avvikande CTG-kurva?**

- A) Tidig vattenavgång
- B) Intrauterin tillväxthämning eller preeklampsi
- C) Förstföderska utan komplikationer

**Rätt svar: B**

**42. Vilka av följande åtgärder kan tas om CTG visar en avvikande kurva och foster-asfyxi misstänks?**

- A) Genomföra en blodtransfusion på modern
- B) Ta blodprov från fostrets skalp och eventuellt justera moderns lägesposition
- C) Ge fostret intravenös vätska via modern

**Rätt svar: B**

**43. Vilken av följande orsaker kan leda till dystoci?**

- A) Fostrets position är optimal för vaginal förlossning
- B) Svaga värkar eller en trång bäckenstruktur
- C) För tidig förlossningsstart

**Rätt svar: B**

## Bilaga 7 Fyll i luckorna

### Fyll i luckorna.

#### Postpartum vård efter kejsarsnitt

Den första kontakten mellan en mamma och hennes nyfödda barn är av stor \_\_\_\_\_ **betydelse**. Att använda hud-mot-hud-kontakt som den inledande kontakten gynnar både mamman och \_\_\_\_\_ **barnet**. För barnet medför hud-mot-hud-kontakt flera fördelar, såsom att kroppstemperaturen hålls stabil, \_\_\_\_\_ **blodsockret/blodsockernivåerna** blir jämnare och stressen minskar.

Om separation behövs kan det skapa \_\_\_\_\_ **stress** hos både mamman och barnet, och detta bör hanteras försiktigt. Ökad produktion av \_\_\_\_\_ **stresshormoner** aktiverar det autonoma nervsystemet, vilket i sin tur leder till högre energiförbrukning.

För mamman innebär hud-mot-hud-kontakt en ökning av \_\_\_\_\_ **oxytocin**, som frigörs som svar på barnets massage-liknande rörelser på \_\_\_\_\_ **bröstet** före amning. Dessa rörelser kan förbereda mamman för \_\_\_\_\_ **mjölkproduktion** och underlätta anknytningen till barnet.

Barn som föds med \_\_\_\_\_ **kejsarsnitt** ammas ofta mindre än barn som föds vaginalt. Den exklusiva amningsperioden förlängs hos barn som får tidig hud-mot-hud-kontakt med sin mamma. Denna kontakt under de första \_\_\_\_\_ **timmarna** efter födseln har en positiv inverkan på samspelet mellan mamma och barn.

Hud-mot-hud-kontakt mellan mamma och barn kan vara svår att genomföra direkt efter ett kejsarsnitt, speciellt efter \_\_\_\_\_ **akut** kejsarsnitt. I sådana fall blir \_\_\_\_\_ **hud-mot-hud-kontakt** med fadern eller partnern särskilt värdefull. Ett barn som får denna kontakt gråter mindre, uppvisar ett lugnare beteende och \_\_\_\_\_ **sover** bättre.

Enligt flera studier är amningen ofta svårare att få i gång efter ett kejsarsnitt jämfört med en \_\_\_\_\_ **vaginal** förlossning. Orsaken tros vara smärta hos kvinnan och att barnet inte har lika mycket \_\_\_\_\_ **hudkontakt**. Därför är det viktigt att barnmorskorna ger \_\_\_\_\_ **stöd** och \_\_\_\_\_ **hjälp** efter operationen.

Smärtor efter kejsarsnitt, både från \_\_\_\_\_ **operationssåret** och från ryggen, gör ibland amningen svårare. Många kvinnor ammar liggande eftersom det gör mindre ont att ligga ner än att \_\_\_\_\_ **sitta**.

Vissa kvinnor är rädda för att babyn ska sparka på \_\_\_\_\_ **operationssåret**, vilket kan leda till att de har svårt att ha barnet nära sig för att amningen ska lyckas.

## Bilaga 8 Reflektionsuppgift till bemötande och stöd

### Läs igenom frågorna och reflektera över dem självständigt

Frågorna är utformade för att uppmuntra barnmorskestuderande att reflektera över sin blivande roll som barnmorska, sitt bemötande och sina handlingar, samt att tänka på hur de kan ge bästa möjliga vård och stöd i stressiga situationer

#### Bemötande och trygghet:

- Hur tror du att din närvaro och bemötande kan påverka en födande kvinnas upplevelse av trygghet under en akut situation?
- Kan du tänka dig en situation där du skulle behöva anstränga dig extra mycket för att upprätthålla ett lugnt och tryggt yttre? Hur skulle du hantera det?

#### Kommunikation i akuta situationer:

- Varför är tydlig och anpassad kommunikation så viktig i akuta förlossningssituationer?
- Hur kan du säkerställa att den information du ger är lätt att förstå för den födande och hennes partner, särskilt när de är stressade eller rädda?

#### Emotionellt stöd:

- Vilka konkreta sätt kan du använda för att ge emotionellt stöd under en akut förlossningssituation? Kan du ge exempel?
- Hur kan du balansera mellan att ge emotionellt stöd och samtidigt vara effektiv i att hantera en akut situation?

#### Samarbete med vårdteamet:

- Hur kan du som barnmorska bidra till en tydlig och effektiv kommunikation i vårdteamet, även när omgivningen är stressig?

#### Postpartum och reflektion:

- Hur kan du som barnmorska skapa en möjlighet för den nya familjen att bearbeta och reflektera över sin förlossningsupplevelse, särskilt efter ett akut kejsarsnitt?

**Förlossningsupplevelse och förväntningar:**

- Hur kan en kvinnas förväntningar på förlossningen påverka hennes upplevelse? Hur skulle du bemöta en kvinna vars förlossning inte blev som hon hade tänkt sig?
- Hur kan du som barnmorska hjälpa till att minska den potentiella sorgen eller besvikelsen över en förlossning som inte gick enligt plan?

**Självreflektion och hantering av stress:**

- Hur tror du att du själv skulle reagera i en akut förlossningssituation? Vilka strategier skulle du använda för att hantera din egen stress och samtidigt vara ett stöd för den födande kvinnan?
- Vad kan du göra för att förbereda dig mentalt och emotionellt för att möta akuta situationer på bästa sätt i din framtida roll som barnmorska?

## Bilaga 9 Videor i Moodle-kursen



Dr. Paulien Moyaert (12.12.2022) *What to expect during a C-section, real footage* [videoklipp]. Hämtat 4.11.2024 från <https://www.youtube.com/watch?v=8ZzwNcVYEjY>



D'Amore Personal Injury Law, LLC (12.3.2018) *Uterine Rupture Explained by a Lawyer* [videoklipp] Hämtat 4.11.2024 från <https://www.youtube.com/watch?v=Z9dBS1xLQMc>



© 2016 Nucleus Medical Media. All rights reserved. www.nucleusinc.com

ABC Law Centers (30.10.2017) *Umbilical Cord Prolapse* [Videoklipp]. Hämtat 4.11.2024 från <https://www.youtube.com/watch?v=foSCUIDlgwA&t=6s>