



Föda med stöd

.....

Rutiner i förlossningsvården

Av Märta Cullhed
Engblom



Vanliga rutiner på sjukhus

Jag definierar rutiner i förlossningsvården såhär: saker som görs på rutin, på de flesta födande eller nyfödda barn utan en första sållning – alltså även utan att det finns en tydlig indikation. Rutiner kan ses som ett sätt att screena, leta efter patologi eller fånga något avvikande – rutiner kan vara något som underlättar flödet på en stor förlossningsavdelning. Men rutiner kan också vara att ge alla en viss medicin i profylaktiskt syfte.

K-vitaminprofylax till alla nyfödda räddar till exempel några barn per år från allvarliga blödningar. Sen avnavling på alla barn innebär bevisade fördelar.

Vissa (ganska många) rutiner är inte evidensbaserade, det vill säga de har inte i vetenskapliga studier bevisats vara till nytta. Rutiner kan bli ett återkommande moment, en slags "trygghet" för personalen som kanske aldrig tidigare har mött den födande kvinnan. Vissa rutiner underlättar när relationsbaserad vård inte tillämpas eller när det ej är möjligt att ge födande kvinnor sitt kontinuerliga stöd och sin närvaro. När det går att vara fullt närvarande i situationen under en förlossning – och barnmorskan eller läkaren har hunnit utvecklat sitt professionella omdöme så pass att hen kan vara mycket känslig för situationen – då blir en del rutiner inte lika viktiga. Rutiner kan alltså ersättas av erfarenhet och specifik situationskänslighet, det vill säga professionellt omdöme.

Att göra saker på en tydlig indikation är något annat än att göra saker på rutin. En tydlig indikation kan vara att ge medicin till en mamma med feber eller att ta blodtryck på en kvinna med känt högt blodtryck, eller att ta ett skalpblodprov på ett barn som visar tydliga tecken på syrebrist. I denna text skiljer jag på rutiner som görs på mödravården och de som görs under förlossningen. Varför? Jo, för att en ganska stor del av mödravårdens uppgift är att upptäcka och behandla graviditetskomplikationer. Det går inte att göra utan screening av blodtryck, urin eller blodprover, mätning av livmodern och barnets tillväxt. En stor del av arbetet med födande görs faktiskt innan kvinnan sätter sin fot inne på en förlossningsavdelning – det arbetet görs under graviditeten av barnmorskor på barnmorskemottagningen.

Alla rutiner under förlossningen är väl bra?

Det finns ingenting dåligt med rutiner i sig. Allt beror på hur och i vilken kontext de utförs. Under en vaginal förlossning kan rutiner bli störande moment. Det är därför intressant att diskutera rutiner just i denna kontext eftersom de äger kraft att vara betydande störmoment för den fysiologiska födseln. Födandets fysiologi är en känslig mekanism och allt som händer i ett förlossningsrum spelar roll. Vilka människor som finns där, vad de gör, vad de säger, allt det har betydelse. Varje relation i ett förlossningsrum spelar roll. Varje intervention och varje närmande kan ändra den födande kvinnans eget "flow". En vaginal undersökning som görs på rutin och utan att först inhämta samtycke kan ändra hela stämningen i ett förlossningsrum. Alltså äger en sådan rutin kraft nog att påverka hela förlossningsförloppet.

Rutiner som görs i bara farten och utan att först inhämta samtycke kan leda till bristande tillit och en sämre upplevelse av förlossningen – men de behöver inte göra det.

Attityd hos personalen, rutiner och arbetskultur på avdelningen bildar tillsammans ett "framework", en kontext. Och den i sig har betydelse för hur en förlossning blir. Jag kallar det för "The power of context".

De flesta rutiner i förlossningsvården görs i situationer som varken är akuta eller urakuta. Det finns därför ofta både tid att informera och inhämta samtycke. Men det har länge varit tradition att göra merparten av dessa rutiner utan att först ge nyanserad information eller inhämta samtycke från den födande kvinnan. Jag har därför skrivit ihop den här guiden, så att du ska få möjlighet att lära känna några av de vanligaste rutinerna i förlossningsvården.

De vanligaste rutinerna inom förlossningsvården

Vaginal undersökning = VU

En vaginal undersökning är när barnmorskan undersöker med sin hand inifrån vagina. Det går då att känna om livmodertappen fortfarande är hård och bibehållen som den ska vara under graviditeten, eller om den har börjat mjukna och förkortas så att barnet kan födas fram. Det går också att känna om modermunnen har börjat öppna sig (1-10 centimeter) och var barnets huvud står, om det står i bäckeningången, ovan spinaetaggarna eller under spinaetaggarna till exempel. En vaginal undersökning kan vara till stor hjälp när jag som barnmorska behöver bedöma ett förlossningsarbete och dess framåtskridande.

Men det är ingen nödvändighet för att en förlossning ska fortskrida framåt, tvärtom kan frekventa och upprepade vaginala undersökningar störa den fysiologiska processen med att föda fram barnet. Fynden vid en vaginal undersökning är en variabel av flera och det är inget "facit". Man kan säga att det är en ögonblicksbild av ett flyktigt nu som säger väldigt lite om vad som kommer att hända sen. Modermunnen kan vara öppen 1 cm och det kan då vara en timme kvar av förlossningen - modermunnen kan vara öppen 9-10 centimeter och det kan då vara flera timmar kvar av förlossningen, utan att något är fel.

Som barnmorska kan jag bedöma på ett ungefär hur långt framskridet förlossningsarbetet är genom att bara observera den födande kvinnan, hur hon låter, om hon är helt i sin bubbla eller om hon fortfarande är kvar i yttervärlden. Jag har varit med på förlossningar där inga vaginala undersökningar har utförts, men de är sällsynta i vår kultur eftersom relationsbaserad vård brukar vara en förutsättning för dem.

YP

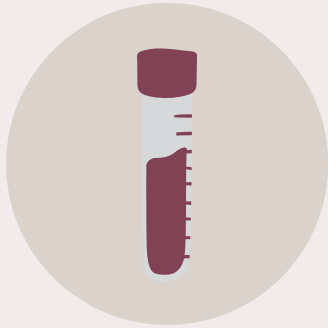
Yttre palpation

Yttre palpation är när barnmorskan undersöker med sina händer utanpå magen hur barnet ligger i livmodern och om huvudet är fixerat, rörligt eller ruckbart i bäckeningången. Förlossningsarbetets framåtskridande går att bedöma på ett ungefär med hjälp av yttre palpation.



Infart i handen

Om den som ska föda önskar epidural eller behöver något läkemedel i blodet under förlossningen så kommer barnmorskan sätta en intravenös infart. Det är en liten plastslang som förs in i en ven med hjälp av en nål som sedan tas bort. Plastslangen tejpas sedan med ett genomskinligt plåster så att den sitter kvar. Det är ganska vanligt att en infart sätts på rutin under en förlossning även om epidural inte önskas och något annat läkemedel i blodbanan inte behöver ges (oxytocin som ges på rutin efter förlossningen går att ge som en intramuskulär injektion istället). En infart sätts då mest "ifall att" den kommer att behövas.



Blodprov

Om barnmorskan väljer att sätta en infart så kommer högst troligt ett "BAS- test" att tas samtidigt. BAS-test betyder Blodgruppering, Antikroppsscreening och Säkerhetskontroll. Det innebär kontroll av blodgrupp. Det är ett provrör med blod som sparas och som skickas till blodcentralen på sjukhuset om det skulle behövas en blodtransfusion under förlossningen. Att sätta en infart och ta ett BAS-test går fort om det senare skulle visa sig behövas. Men många barnmorskor väljer att göra detta på alla kvinnor "ifall att". De flesta BAS-test kasseras således eftersom de aldrig skickas iväg till blodcentralen.



Urinprov

Ibland ombeds den som ska föda att kissa i en kopp. Med hjälp av en urinsticka går det att se om det finns tecken på äggvita (protein) i urinen, eller tecken på infektion.



Cardiotocography eller CTG

CTG är en förkortning av ordet cardiotocography. CTG innebär att barnets hjärtfrekvens (kardio) och livmoderns värkaktivitet (toko) registreras tillsammans. Detta görs via en mätare som fästs på kvinnans mage eller med hjälp av en elektrod som fästs direkt på barnets huvud. CTG används för övervakning under förlossningar, framförallt för att diagnostisera hotande eller manifest syrebrist hos barnet. När CTG -övervakningen har pågått en sammanhängande stund går det att få en "kurva" över barnets puls i relation till ett pågående värkarbete. Barnmorskor eller förlossningsläkare kan bedöma om kurvan är normal, avvikande eller patologisk.

Vid alla förlossningskliniker i Sverige så används CTG rutinmässigt under förlossningar och vid ankomsten görs ett så kallat "door-test" på kvinnan med minst 20 minuters registrering med CTG. Det är i praktiken nästan omöjligt att frånsäga sig denna rutin som födande kvinna idag, så djupt implementerad är den. Men denna rutin är omdiskuterad, framförallt när det gäller gravida med låg risk, eftersom forskning pekar på att den metod som användes innan CTG infördes på bred front - intermitterant avlyssning med doptone eller tratt - inte är sämre när det gäller utfall som dödlighet.

En sammanställning av evidensen på detta området kommer till den här slutsatsen:

Intagnings-CTG jämfört med intermitterant avlyssning på friska gravida med förväntat normala förlossningar leder till en ökning av antalet kejsarsnitt och instrumentella förlossningar, skalpblodprov och kontinuerliga CTG-mätningar. Det ökar antalet medicinska interventioner och således risken för komplikationer hos kvinnan. Det har ingen effekt på barnets överlevnad men minskar risken för nyföddhetskramp hos barnet.

Skalpelektrod

Vid kontinuerlig CTG-registrering är det mycket vanligt att en skalpelektrod fästs på barnets huvud. Det kallas för att övervaka "internt" istället för externt med dosor utanpå magen. Anledningen är ofta att registrering av bättre kvalitet önskas, en som kanske inte glappar när kvinnan går runt och rör sig. Eftersom väldigt många förr eller senare blir med en kontinuerlig CTG-registrering vid en förlossning på sjukhus så får också väldigt många ofödda barn en skalpelektrod på sitt huvud. I Sverige idag är detta rutin på de flesta ställen. Det har kommit att bli mer sällsynt att barn föds utan en skalpelektrod.

Kontraindikationer för skalpelektrod är infektion hos mor som då kan överföras till barnet. Vid HIV, hepatit B och C, gonorré, syfilis och vid herpesinfektion så bör skalpelektrod inte användas under förlossningen. Om barnet föds väldigt för tidigt bör elektrod på huvudet inte heller användas på grund av den ökade risken för infektion och blödning. Barnet kan drabbas av en infektion i det lilla sår som blir där elektroden fästs. Studier har inte visat någon skillnad i utfall vid registrering med skalpelektrod eller yttre dosor på mammans mage. Det går alltså lika bra med en yttre registrering.

Vid registrering med skalpelektrod så går det ofta inte att använda TENS samtidigt eftersom det stör registreringen.

Amniotomi

Amniotomi innebär att barnmorskan tar hål på hinnorna så att vattnet går. Det är en av de vanligaste interventionerna inom förlossningsvården. Genom att låta vattnet gå så kan förlossningsarbetet påskyndas. Innan ett eventuellt värkstimulerande dropp hängs på så ser man till att hinnorna får brista först. Om en skalpelektrod bedöms vara nödvändig så behöver barnmorskan också ta hål på hinnorna för att kunna fästa skalpen på barnets huvud.

Natalie Karlsson och Beatrice Holmqvist har gjort en intervjustudie om kvinnors upplevelse av att genomgå en amniotomi. Deras slutsats blev denna:

Det är av stor vikt att barnmorskan informerar kvinnan om amniotomin och dess effekter för att kvinnan ska vara förberedd och uppleva att hon har kontroll. Barnmorskan ska vara närvarande efter amniotomin då interventionen kan leda till ett mer intensivt förlopp. Utöver stöd ska barnmorskan vid behov erbjuda ytterligare smärtlindring.



Rutiner under krystfas

De vanligaste rutinerna under krystfasen är guidad krystning, levatorpress, ett manuellt perinealskydd samt närvaro av två barnmorskor de sista 15 minuterna.

Krystfasen är en delikat och känslig fas av förlossningen. Det är ganska vanligt att det blir mer närvaro av personal på förlossningsrummet under krystfasen. Om paret har fått vara "ifred" under stora delar av öppningsskedet så brukar det ändras under krystfasen.

Ibland behövs guidning och att någon går in och berättar vad som ska göras, det varierar från kvinna till kvinna och från krystfas till krystfas. Stöd, bekräftelse och uppmuntran är ofta viktigt under denna fas. Det är dock en hårfin skillnad mellan stöd och bekräftelse och en "hejarklack" som lite tondövt tar över under krystfasen.





Levatorpress

Levatorpress är när barnmorskan eller läkaren trycker med sina fingrar inne i vagina för att visa kvinnan var hon ska lägga kraften och är egentligen en del av de åtgärder som ingår i "forcerad krystning". Alltså när förlossningen behöver gå framåt på ett eller annat sätt och det kan behövas ett ingripande utifrån. Det kan då upplevas som hjälpsamt - det beror helt på i vilken situation det utförs. Men det är ganska vanligt att levatorpress används på rutin utan en tydlig indikation. Fingrar i vagina under krystfasen är vanligt förekommande i Sverige idag. **Viktigt: Ingen har rätt att föra in sina fingrar i en kvinnas vagina utan att först inhämta samtycke.**



Värkstimulerande dropp

Värkstimulerande dropp under både öppningsskedet men framförallt under krystfasen är vanligt på våra förlossningsavdelningar, även då förlossningen startar spontant av sig själv. Diagnosen värksvaghet är en vanlig diagnos.

Enligt Graviditetsregistret år 2020 så varierade oxytocinbehandling bland förstföderskor med spontan förlossningsstart från 44,3% i Ystad till 74,9% i Eskilstuna. På 82,5% (32/39) av de inrapporterade förlossningsklinikerna fick mer än 50% av förstföderskorna med spontan förlossningsstart oxytocinbehandling. Rikssnittet ligger på 56,8%. När siffran är så hög som 74,9% så kan man säga att det har blivit en rutinåtgärd.

För omföderskor med spontan förlossningsstart sågs en ännu större skillnad mellan klinikerna avseende oxytocinbehandling, från 12% i Kalmar till 43,7% i Eskilstuna.

Manuellt perinealskydd

Allt som skyddar mellangården eller perineum under framfödandet kan kallas för perinealskydd. Det manuella perinealskyddet är när barnmorskan håller emot med sina händer och på så sätt försöker hjälpa kvinnan att få till ett långsamt och kontrollerat framfödande. Det är rekommenderat och används på rutin.

Det råder konsensus kring vikten av ett långsamt och kontrollerat framfödande i Sverige idag. Däremot finns det ingen entydig evidens för att ett manuellt perinealskydd i sig minskar risken för bristningar. Perinealskyddet består av flera komponenter såsom kommunikation, rörelse, att variera ställningar, det emotionella stödet, vilken relation den födande har med sin barnmorska. **Ja alla omständigheter runt födseln spelar sannolikt roll för risken att få bristningar.** Varmt vatten ökar genombloodningen i vagina och forskning visar att en vattenfödsel minskar risken för bristning grad 1 och 2 under förlossningen. En varm blöt handduk som läggs mot perineum är ett vanligt alternativ som också har en skyddande effekt framförallt mot bristning grad 3 och 4.

Nyss publicerades en studie i tidskriften The Lancet som är gjord av barnmorskor i Sverige. Den visar att det går att minska svåra bristningar i slutet av en förlossning med nästan en tredjedel genom en multifaktoriell intervention som går ut på att vara två barnmorskor på förlossningsrummet när barnet håller på att födas fram. Den andra barnmorskan kan stötta, observera, ge respons och kanske tipsa om någon förbyggande strategi. Interventionen kan också beskrivas såhär:

Det långsamma framfödandet gynnas av att två barnmorskor tryggar varann att låta kvinnan föda i sin takt.

Eftersom endast förstföderskor deltog i studien så går det inte att direkt överföra resultatet till omföderskor. Det är viktigt att interventionen görs kvinnocentrerat: alltså följsamt och inte som en pålaga utifrån. För det är möjligt att en föderska som föder lugnt och stilla, helt guidad av sina egna krystimpulser, kan bli störd av att en okänd person dyker upp oanmält precis på slutet. Särskilt om den andra barnmorskan "tar över" utan att känna av stämningen inne på rummet

Rutiner efter barnets födelse

När barnet är framfött så börjar nästa fas av förlossningen. På de flesta förlossningskliniker är det rutin att ge en dos med syntetiskt oxytocin i blodet för att hjälpa livmodern att dra ihop sig och få moderkakan att komma ut. Massage av livmodern och att hålla ett fast drag i navelsträngen tills moderkakan är ute är också vanligt. Om det har varit en fysiologisk födsel behövs egentligen inte sådana åtgärder. Att respektera kroppens egen process är ofta fullt tillräckligt.

Ett mer aktivt ingripande under denna fas av förlossningen är däremot motiverat om det har varit en komplicerad förlossning eller om det finns någon annan anledning att anta att risken för en stor blödning har ökat. Ibland orkar inte livmodern dra ihop sig efter förlossningen och då kan det blöda ymnigt från såret som moderkakan just släppt från. Det är en bedömning som varje barnmorska behöver göra.

Det är vanligt att barnmorskan vill känna på livmodern någon eller några gånger efter en förlossning för att se att den drar ihop sig ordentligt.

NAVELSTRÄNGSPROVER

Att ta två navelsträngsprover från navelsträngen strax efter förlossningen är en rutin som infördes succesivt under slutet av 1990-talet i Sverige. Provet tas för att mäta barnets syra-bas-status, eller PH-prov som det också kallas. Tanken var att få ett objektiva mått som kunde användas för forskning, statistik och som en del av bedömningen av barnets behov av vård.

Idag har denna rutin funnits i många år på de flesta förlossningsavdelningar i Sverige – och den är omdiskuterad. Provet har framförallt ett kliniskt värde när ett barn föds medtaget med tecken på syrebrist. För barn som föds med fulla vitalitetspoäng (fulla apgar som det kallas) efter en normal förlossning så saknar navelsträngsproverna i praktiken klinisk betydelse.

På BB Stockholm, Ystad och Lycksele förlossning tas enbart riktade navelsträngsprover, det vill säga på en tydlig indikation när barn föds medtagna. På de flesta andra förlossningsavdelningar tas proverna fortfarande på alla barn med argumentet att rutinen riskerar att glömmas bort helt om inte provet tas på alla barn. Så på de flesta barn idag kan man säga att personalen tar proverna för att öva. Provet i sig är inte skadligt att ta men det kan störa autotransfusionen av blod från moderkaka till barnet vid födseln. Detta eftersom det sprutar blod från de två insticksställena som skapas vid provtagningen. Rutinen kan även påverka upplevelsen av förlossningen. Ett ensidigt fokus på provtagningen kan störa den första kontakten mellan mor och barn.

Navelsträng i genomskärning

Cross Section

2 x Arteries



Wharton's Jelly



1 x Vein



"SEN AVNAVLING"

Det har under lång tid varit rutin att klippa navelsträngen kort efter det att barnet fötts fram. Men under de senaste åren har kunskapen om fördelarna med sen avnavling börjat sprida sig i Sverige. Det nyfödda barnet har mycket att vinna på att få behålla sitt blod, det som fortfarande pulserar i navelsträngen. Vid födseln har barnet en blodvolym på ungefär 90 ml blod per kilo (ca 300 ml för ett fullgånget barn). En tredjedel av det blodets finns inuti moderkakan vid födseln. Två tredjedelar finns inuti barnet. När barnet har fötts fram påbörjas direkt en autotransfusion av blodet från moderkakan till barnet.

Navelsträngsblodet är barnets blod - inte navelsträngens

Autotransfusionen av blod hjälper barnet att återhämta sig efter förlossningen och minskar även risken för att barnet senare ska utveckla järnbrist. För barn som föds medtagna kan det vara av mycket stor vikt att vänta med att navla av efter förlossningen. Att vänta minst 3 minuter med att navla av är ett minimum för att det ska kunna kallas för sen avnavling. Den exakta optimala tidpunkten för att navla av är inte fastställd eftersom den varierar från barn till barn. "Wait for white" är därför ett bra riktmärke.

Navelsträngen behöver inget blod efter födseln. Däremot behöver barnet hela sin blodvolym. Optimal avnavling innebär att klippa navelsträngen efter att autotransfusionen är klar. Att klampa innan barnet har erhållit hela sin blodvolym innebär tidig avnavling, vilket är suboptimalt.

K-VITAMIN

En K-vitaminspruta erbjuds/ ges på rutin till alla nyfödda barn. Detta för att minska risken för allvarliga blödningar. K-vitamin är nödvändigt för att blodet ska kunna koagulera i händelse av en blödning. Nyfödda har inte den förmågan att själva bilda K-vitamin och profylax med vitaminet räddar några nyfödda barn varje år från att drabbas av allvarliga blödningar. Risken för att barnet ska drabbas av inre blödningar är större om de föds för tidigt eller råkar ut för något trauma i samband med förlossningen. Fram till år 1960 var vitamin K-bristorsakad blödningssjukdom hos nyfödda ett fruktat tillstånd. Den generella risken för blödning är låg men för att vara på den säkra sidan så rekommenderas att alla nyfödda ska få denna spruta.

Att ge K-vitaminprofylax kan liknas vid rutinen att ge alla barn vaccin, även om detta inte rör sig om ett vaccin. Sprutan ger ett skydd mot en potentiellt allvarlig sjukdom. Men barnets vårdnadshavare måste först ge sitt samtycke till sprutan och har rätt att tacka nej. Under lång tid har praxis emellertid varit att ge barnet sprutan direkt efter födseln utan information och utan att inhämta samtycke från föräldrar/vårdnadshavare. Jag tycker det är märkligt eftersom föräldrarna ju oftast befinner sig i samma rum som barnet strax efter födseln och oftast är fullt pratbara. Dessutom bör det finnas gott om tid att ge information och inhämta skriftligt samtycke redan hos mödravården.

HUD MOT HUD

Kunskap om vikten av hud mot hud strax efter förlossningen är nu allmänt känd bland barnmorskor, undersköterskor och läkare i Sverige. Hud mot hud hjälper barnet att hålla värmen samtidigt som det sänker barnets nivåer av stresshormoner. Hud mot hud innebär närhet, värme och minskar risken för att barnet ska bli nedkyllt eller få för lågt blodsocker. Det underlättar anknytningen och hjälper barnet att börja amma. Att hjälpa barnet att komma hud mot hud strax efter förlossningen är nu rutin på (jag gissar) alla förlossningsavdelningar.

Inspektion av bristning

Efter en vaginal förlossning är det rutin att inspektera om det har uppstått någon bristning som behöver sys. För att kunna bedöma en bristning på ett noggrant sätt så behövs lugn och ro, tillräckligt med ljus och att kvinnan ges rätt bedövning. God bedövning vid inspektion av bristningar och vid suturering kan förbättra upplevelsen av förlossningen. Idag är det därför rekommenderat att ge en pudendusblockad (bäckenbottenbedövning) när det är uppenbart att en bristning behöver sys.

På senare år har kunskapen om vikten av rätt diagnostik och behandling av förlossningsbristningar ökat. För att kunna göra en lite mer noggrann undersökning av strukturerna/musklerna i mellangården så är det rutin att barnmorskan eller läkaren palperar med sina fingrar. Sfinctermusklerna undersöks med ett finger i vagina och ett i anus. Innan undersökningen ska barnmorskan givetvis informera och inhämta samtycke.

Efterskötning av mor och barn

När "the golden hour" är över brukar en efterskötning göras på både mor och barn.

På barnet kontrolleras då:

- Vikt och längd
- Huvudomfång
- Temp
- Kontroll om anus är öppen samt att gommen är hel

På mor kontrolleras:

- Blodtryck och puls
- Temp
- Kontroll av blödningsmängd och om livmodern har dragit ihop sig
- Kissobs

Som tidigast 6 timmar efter födseln och någon gång under de första levnadsdygnen, kommer barnläkaren att göra en första barnundersökning.

Vikten av informerat samtycke

Vård i samband med födslar ska ses som ett erbjudande från samhällets sida. Ett erbjudande som de allra flesta kvinnor väljer att tacka ja till. Men bara för att man tackar ja till erbjudandet om vård under förlossningen innebär det inte att man automatiskt väljer att underkasta sig alla de undersökningar eller interventioner som kan komma att ingå i detta erbjudande. Vård ska så långt det går utformas efter den enskilda individens behov och önskemål. Födande kvinnor har rätt att göra informerade val som kan innebära att de tackar ja eller nej till olika ingrepp och undersökningar under förlossningen.

Ur patientlagen som trädde i kraft år 2015:

"Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra."

Tanken med patientlagen är att patientens integritet, självbestämmande och delaktighet ska främjas.

Referenser:

Graviditetsregistret 2020

Fosterövervakning med kardiotokografi SBU

Bäckenbottenutbildning.se

CTG och fosterövervakning, ctgutbildning.se

Neonatal HLR

Är CTG evidensbaserat? www.bevisadnytta.se

Kvinnors upplevelse av att genomgå amniotomi

[Dagensmedicin.se/opinion/debatt/stoppa-de-rutinmassiga-proven-pa-
navelstrangen](http://Dagensmedicin.se/opinion/debatt/stoppa-de-rutinmassiga-proven-pa-navelstrangen)

Andersson, O., Lindquist, B., Lindgren, M., Stjernqvist, K., Domellöf, M. & Hellström Westas, L. (2015). Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age. *JAMA Pediatrics*, 169(7), 631–638. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0358

Ashish, K.C., Rana, N., Målqvist, M., Jarawka Ranneberg, L., Subedi, K. & Andersson, O. (2017). Effects of delayed umbilical cord clamping vs early clamping on anemia in infants at 8 and 12 months. *JAMA Pediatrics*, 171(3), 264–270. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3971

Bystrova, K., Widstrom, A.M., Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidson, A.B., Welles-Nystrom, B., ... Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": A study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92, 320–326.

Oras, P. 2020. Care for the New-Born: Breastfeeding and Skin-to-Skin Contact
Doktorsavhandling, Uppsala Universitet