

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013: 24

Anestesins riktlinjer vid oplanerade kejsarsnitt i
spinalbedövning

Hilda Descombes

Joakim Lundbäck



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Anestesins riktlinjer vid oplanerade kejsarsnitt i spinalbedövning

Författare: Hilda Descombes och Joakim Lundbäck

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesi

Handledare: Thomas Eriksson

Examinator: Annikki Jonsson

Sammanfattning

Kejsarsnitt utförs numera dagligen på våra större svenska sjukhus. Upplevelsen av ett kejsarsnitt kan vara negativt för både modern och fadern och det finns ett behov av omvårdnad. Under kejsarsnittet har anestesipersonalen ett stort ansvar i att säkerställa familjens hälsa och välbefinnande. Utvecklingen kring det medicinska omhändertagandet vid kejsarsnitt går framåt. Det är angeläget att sjukhusen har riktlinjer som håller en god kvalitet och som är uppdaterade efter den senaste evidensen. Syftet med studien var att undersöka de riktlinjer som finns för oplanerade kejsarsnitt i spinalbedövning i Sverige. Sjukhusens riktlinjer efterfrågades och 24 stycken sjukhus skickade in sina riktlinjer till studien. Den senaste evidensen för ett par betydelsefulla medicin- och omvårdnadsområden söktes fram genom en systematisk litteratundersökning i databaser och jämfördes med rekommendationerna i riktlinjerna. Riktlinjernas kvalitet bedömdes med instrumentet AGREE II, där 6 avsnitt betygsattes mellan 0 och 100 %. Resultatet visar att det är en bred spridning på de rekommendationer som finns på sjukhusen och att många inte är förankrade i evidensbaserad medicin och omvårdnad. Det finns inte mycket beskrivet om omvårdnad i riktlinjerna men det förekommer i viss form i en del. Då anestesipersonalen oftast står vid moderns huvud behöver riktlinjerna för anestesipersonalen innefatta mer omvårdnad än vad de idag gör. Kvaliteten hos riktlinjerna var överlag låg. Riktlinjerna behöver vara mer omfattande och de behöver vara baserade på den senaste evidensen som finns. Utformandet av riktlinjerna behöver i framtiden göras mer utförligt.

Nyckelord: *[Kejsarsnitt, Riktlinjer, Omvårdnad, Spinalbedövning, AGREE och Upplevelse.]*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Förlossning	1
Anestesisjuksköterskan	2
Kvinnans upplevelse av kejsarsnitt	2
Förlossningsupplevelsen under kejsarsnitt	2
Närstående/Partner	5
Faderns roll	5
Faderns upplevelser av kejsarsnitt	5
Hud mot hud kontakt	6
Behandlingar under kejsarsnitt	7
Smärta och bedövning	7
Illamående	8
Blodtrycksfall	8
Postoperativa infektioner	9
Postoperativ blödning	9
Kvinnans position på operationsbordet	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
METOD	10
Ansats	10
Urval	10
Datainsamling	11
Dataanalys	11
Evidensbaserad medicin och omvårdnad	11
Instrument för kvalitetsbedömning	12
Etiska överväganden	13
RESULTAT	14
Omvårdnad	14
Ta moderns önskemål i beaktning när det gäller val av anestesi	14
Information till patient och anhörig	14
Vård tillsammans	14
Möjlighet till anhörig på salen	14
Hud mot hud kontakt	15
Behandlingar under kejsarsnitt	15
Smärta och bedövning	15
Illamående	16
Blodtrycksfall	16
Postoperativa infektioner	17
Postoperativ blödning	17
Kvinnans position på operationsbordet	17

Resultatet av riktlinjernas kvalitet	18
Avsnitt 1 Mål och syfte	18
Avsnitt 2 Berörda intressenters delaktighet	19
Avsnitt 3 Noggrannhet	20
Avsnitt 4 Tydlighet och framställning	21
Avsnitt 5 Tillämplighet	22
Avsnitt 6 Redaktionell självständighet	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Omvårdnad	24
Behandlingar	25
Riktlinjernas kvalitet	27
SLUTSATS	28
REFERENSER	29
Bilaga 1	1

INLEDNING

Den vanligaste anestesiformen vid kejsarsnitt är idag spinalbedövning där kvinnan är vaken under hela ingreppet. Hon ligger då bakom ett skynke och har ingen uppsikt över vad som händer på andra sidan. Vid ett oplanerat kejsarsnitt kan den nya situationen dessutom kännas mer påfrestande för kvinnan. Anestesisjuksköterskan som oftast är den som står med kvinnan bakom skynket, har då ett stort omvårdnadsansvar i att hjälpa kvinnan igenom förlossningen. I jämförelse med en vaginal förlossning leder kejsarsnitt till ökade risker för komplikationer och anestesisjuksköterskan har därmed ett stort ansvar för moderns hälsa och välbefinnande. Det är därför viktigt att anestesisjuksköterskan har riktlinjer som är evidensbaserade att arbeta efter. Enligt svensk lag skall dessutom hälso- och sjukvårdspersonal arbeta efter beprövad erfarenhet och vetenskap. Kejsarsnitt utförs dagligen på våra större sjukhus och andelen har ökat från 5 procent 1973 till 17 procent 2011. World health organization rekommenderar att andelen kejsarsnitt i ett land inte skall överstiga 15 procent.

BAKGRUND

Förlossning

Vid en normal förlossning föds barnet vaginalt efter ett spontant värkarbete och fullbordade graviditetsveckor (Hogg 2009, ss. 245-248). En del kvinnor drabbas av förlossningsrädsla, vilket kan definieras som en distinkt oro och rädsla inför förlossningen som mer eller mindre påverkar vardagslivet i negativ bemärkelse. Även män kan drabbas av en rädsla inför förlossningen. Förlossningsrädsla är en av de vanligaste orsakerna till att gravida kvinnor önskar och blir förlösta med planerat kejsarsnitt (Eriksson & Nilsson 2009, s. 62). Detta är en av de bidragande orsakerna till ökningen av kejsarsnitt de senaste 20 åren. I övrigt förklaras ökningen av kejsarsnitt med att kvinnorna idag är äldre när de får sitt första barn och att Body Mass Index (BMI) har ökat kraftigt i populationen. Bättre medicinskt omhändertagande med förbättrad anestesteknik har också bidragit till att fler kejsarsnitt kan utföras på fosterindikation. Eftersom kejsarsnitt är så pass vanligt bör föräldrar informeras och förberedas på kejsarsnitt under deras besök på mödravårdcentralen inför förlossningen. Kejsarsnitt är enligt Hildingsson (2009, s. 350) en kirurgisk procedur där hinner, placenta och fostret tas ut genom att en insicision görs i bukväggen. Detta görs i generell narkos eller i spinal anestesi. Kejsarsnitt brukar delas upp i tre olika kategorier beroende på dess akuta genes. Kejsarsnittet kan antingen vara planerat och med det menas att kejsarsnittet utförs innan kvinnan har ett pågående förlossningsarbete. Akut kejsarsnitt innebär att förlossningsarbetet redan har påbörjats när beslut om kejsarsnitt tas. Barnet skall oftast vara framfött inom en timma eller kortare. Urakut kejsarsnitt innebär att barnet skall vara ute inom tio minuter från det att beslutet togs. När föräldrarna inte har fått så mycket tid att förbereda sig på kejsarsnittet kan det leda till en besvikelse att det inte blev som förväntat och de kan vara i behov att diskutera upplevelsen både före och efter operationen (Hildingsson 2009, ss. 350-352).

Anestesisjuksköterskan

Riksföreningen för anestesi och intensivvård har tillsammans med svensk sjuksköterskeförening skapat en kompetensbeskrivning för anestesisjuksköterskor (Hedenskog, Liljeroth, Madsen-Rihlert, Nilsson, Wennström, Andersson, Björkman Björkelund, Nilsson, Sandh, Stenman & Wedahl 2012, s. 2). I den står det att anestesisjuksköterskans övergripande område är anestesisjukvård. För att kunna ge en god anestesisjukvård krävs goda kunskaper inom både det omvårdnadsvetenskapliga området och inom den medicinska vetenskapen. Den beskriver även en mängd uppgifter som anestesisjuksköterskan skall kunna. De är bland annat att anestesisköterskan skall informera patienten och närstående. De skall arbeta preventivt och tänka på patientens postoperativa vård. De skall skapa tillit och förtroende till patienten och närstående. De skall ge läkemedel och vätskor som de ska följa upp effekten på. Det står även att patienter med ett ökat omvårdnadsbehov skall erbjudas pedagogiska och stötande insatser. En insats kan vara den perioperativa dialogen som Lindwall och Post (2008 s. 98) beskriver som anestesisjuksköterskans dialog med patienten före, under och efter operationen. Den syftar till att skapa välbefinnande för patienten, lindra lidande, skydda patientens värdighet och se till att händelsen minns som något gott. Dahlberg och Segesten (2010 s. 52) beskriver kopplingen mellan välbefinnande och hälsa som inte bara innefattar det kroppsliga utan även flera dimensioner. Som anestesisjuksköterska är det viktigt att kunna möta och stödja patienten i alla dimensioner.

Kvinnans upplevelse av kejsarsnitt

Under ett kejsarsnitt i ryggbedövning har anestesisjuksköterskan en mycket speciell roll i relationen till modern. Flera studier belyser vikten av att förstå hur kvinnorna upplever en förlossning i kejsarsnitt. Fawcett, Aber, Haussler, Weiss, Taylor Myers, Hall, Waters, King, Tarkka, Rantanen, Astedt-Kurki, Newton och Silva (2011, s. 353) menar i deras studie på att det är genom att förstå kvinnornas upplevelser av det preoperativa förfarandet, förlossningen och första kontakten med deras barn, som vårdpersonalen på bästa sätt skall kunna assistera kvinnorna och hjälpa dem att anpassa sig till kejsarsnittet. Wilde-Larsson, Sandin-Bojöö, Starrin & Larsson (2010, s. 1169) menar också på, att ökad kunskap om kvinnornas känslomässiga reaktioner vid förlossning, kan öka vårdpersonalens förmåga att assistera kvinnan vid förlossningen på ett optimalt sett.

Förlossningsupplevelsen under kejsarsnitt

En svensk studie av Wilde-Larsson et al. (2010, ss. 1171-1175) visar att kvinnors positiva eller negativa känslor kring förlossningen sammanfaller med deras upplevelse av vårdkvaliteten. Mer negativa känslor hörde samman med att ha genomgått ett planerat kejsarsnitt och än mer ett oplanerat kejsarsnitt.

I en korrelationsstudie av Weisman, Granat, Gilboa-Schechtman, Singer, Gordon, Azulay, Kuint & Feldman (2010, ss. 508-510) fann de att kejsarsnitt var associerat med en mer negativ förlossningsupplevelse hos kvinnorna än hos dem som haft en vaginal förlossning. Kvinnorna drabbades i högre utsträckning av kraftig depression två dagar efter förlossningen. Det i sin tur påverkade mor och barn förhållandet negativt. Det framgår dock inte av studien om kejsarsnittet var planerat eller oplanerat, vilket

Fawcett et al. (2011, ss. 358-359) däremot har tittat på. I deras studie har de jämfört olika faktorer som skulle kunna påverka upplevelsen av ett kejsarsnitt. I studien utfördes kejsarsnittet i 86 % av fallen i ryggbedövning men det framgår inte hur anestesimetoden skulle ha påverkat förlossningsupplevelsen. Resultatet visade att de som hade oplanerat kejsarsnitt och de som genomgick kejsarsnitt för första gången kände sig ofta mindre förberedda. De flesta kvinnor som kände sig förberedda på kejsarsnittet hade en mer positiv syn på sin förlossningsupplevelse. Majoriteten av kvinnorna som hade ett planerat kejsarsnitt hade en mer positiv reaktion på kejsarsnittet än de som hade ett oplanerat. Den positiva reaktionen kunde beskrivas som en lättnad över beskedet att planera för ett kejsarsnitt och att kvinnorna uppfattade att de blev försäkrade och informerade av personalen. De som genomgick ett oplanerat kejsarsnitt kunde beskriva mer negativa känslor såsom osäkerhet, rädsla, nervositet, att sakna information och att ingen lyssnar. Somera, Feeley och Ciofani (2010, ss. 2827-2828) har undersökt upplevelsen hos kvinnor som genomgår ett oplanerat kejsarsnitt. De har funnit att känslorna inte är konstanta under hela proceduren, utan förändrades över tiden från det att kvinnan först fick besked om kejsarsnitt, under själva ingreppet och efteråt. En del upplevde glädje och lättnad över beskedet för att de kände att det var det bästa alternativet för deras barns och deras egen hälsa. Andra kvinnor kunde uppleva överklighetskänslor och chock över beskedet som hanterades med förnekelse över situationen.

Flera studier belyser kvinnors upplevelser av kejsarsnitt men få fokuserar på hur situationen upplevs under själva kejsarsnittet eller belyser anestesiens omvårdnadsroll under ingreppet. Två intervjustudier lyckas närma sig och belysa de aspekterna lite mer. Gemensamma upplevelser för kvinnorna i studierna var känslan av att inte känna sig delaktiga i förlossningsarbetet (Bayes, Fenwick & Hauck 2012, s. e903; Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2827). De upplevde att de tappade kontrollen eftersom de överlämnade sig. Vissa kände sig besvikna eftersom förlossningen inte skedde på det sätt som hade förväntats. De var inte beredda på att ha en mer passiv roll under förlossningen (Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2827). Kvinnorna i Bayes, Fenwick och Hauck (2012, s. e903) beskrev också en oro över hur de skulle bete sig och vad som förväntades av dem under operationen. Alla hade fått för sig att det var viktigt att vara lugna och stilla, dels för att underlätta kirurgens jobb, dels för att själva ha en uppgift.

Något som också är gemensamt för båda studierna var att det fanns en grupp kvinnor som hittade sätt att hantera situationen genom att fokusera på positiva tankar. De hanterade även situationen genom att prata med sig själva i tankarna eller genom att förlita sig på sin religion (Bayes, Fenwick & Hauck 2012, s. e903; Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2827). Många av kvinnorna beskrev känslor av rädsla när de väl var på operationsbordet. Rädslan fick dem även att stelna till fysiskt, vilket gjorde det omöjligt att förmedla sig till omgivningen trots en önskan att bli lugnade (Bayes, Fenwick & Hauck 2012, s. e903). Känslor av rädsla för deras och barnets hälsa eller rädsla för att dö ingick hos kvinnorna i Somera, Feeley och Ciofanis studie (2010, s. 2828).

I studien av Bayes, Fenwick, och Hauck (2012, ss. e902-e903) upplevde alla 28 kvinnorna en känsla av att vara osynliga, irrelevanta, utestängda eller överflödiga under förlossningen. Det kunde till exempel handla om att personalen pratade om dem på ett avpersonifierat sätt, som ännu ett fall på operationslistan, ett nummer eller en diagnos.

Kvinnorna kände sig då förnedrade och blev besvikna eftersom de hade förväntat sig att de skulle få stå i centrum under den för dem speciella dagen. På operationssalen kände sig kvinnorna meningslösa i personalens ögon. De upplevde att personalen på salen inte hälsade eller lade märke till dem och vem som skulle genomföra operationen framgick inte förrän operatören började skära ett snitt i magen. Ett undantag i personalens beteenden var kontakten med anestesiolagen och dess assistent som upplevdes av många som uppmuntrande och betryggande. Trots närvaron av anestesipersonalen under hela operationen beskrivs att även de kunde försvinna ur kvinnornas synfält allteftersom operationen förlöpte.

En gemensam aspekt som framgår av studierna är den förväntansfulla känslan över att få träffa sitt barn (Bayes, Fenwick & Hauck 2012, s. e903; Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2828). När kvinnorna förstod att barnet var fött beskrev alla att de fick spontana reaktioner såsom glädjetårar eller att armarna flög upp för att försöka nå till barnet. Samtidigt försökte de hålla igen dessa känslor och rörelser för att hålla sin position stilla på operationsbordet, trots att ingen hade bett dem vara det. Alla kvinnorna kände glädje, kärlek, stark samhörighet och beskyddande känslor för det nyfödda barnet, och en omedelbar fysisk längtan av att hålla barnet. Det dröjde dock flera minuter innan modern fick hålla barnet eftersom det alltid undersöktes direkt av en läkare på salen, oavsett medicinskt tillstånd. Det utfördes dessutom bortom kvinnans synfält. Sedan draperades barnet av en barnmorska innan modern fick hålla henne/honom i några minuter innan barnet tillsammans med den andra föräldern lämnade salen. Modern blev kvar ensam och exkluderas från barnets första levda minuter. Det dröjde i genomsnitt en timma innan hela familjen återförenades. Vid det laget hade alla kvinnornas starka känslor av samhörighet till barnet lagt sig och många upplevde likgiltighet inför barnets skrik under dagar och veckor framöver. När barnet väl var fött upplevde kvinnorna att ingenting gjordes för att stärka deras mamma roll (Bayes, Fenwick & Hauck 2012, ss. e903-e905). Vid kejsarsnitt på ett annat sjukhus i Saudiarabien fann de att i 52 % av fallen hjälpte anestesiolagen eller sjuksköterskan modern att hålla sitt barn, i 25 % att titta på sitt barn och i 23 % av fallen inget av det (Anwari, J. & Anwari, K. 2010).

Wilde-Larsson et al. (2010, s. 1175) kommer fram till att kvinnor som genomgår kejsarsnitt oftare får en mindre positiv förlossningsupplevelse och bör därför uppmärksammas mer av barnmorskor (vårdpersonal) genom information, visat engagemang, empati och respekt. De flesta kvinnorna i studien av Somera, Feeley och Ciofani (2010, s. 2830) påtalar att de skulle ha uppskattat att få mer information under förlossningen angående vad som händer, och fått mer kontroll över situationen om de fick reda på vad de själva kunde göra under ingreppet. Bayes, Fenwick, och Hauck (2012, s. e908) påtalar också att kvinnan bör inkluderas i förlossningsteamet under operationen och för att stärka kvinnornas mamma roll bör det friska nyfödda barnet ges till modern direkt. När barnet behöver undersökas av läkare bör det göras så att kvinnan kan se barnet.

Sjuksköterskorna bör fokusera mer på den positiva upplevelsen av barnafödande istället för på själva kejsarsnittet och uppmuntra kvinnornas positiva tankar. De kan också uppmuntra kvinnorna att berätta om sina tankar och rädslor under kejsarsnittet för att bättre kunna lugna dem (Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2829).

Närstående/Partner

Vid kejsarsnitt idag är det vanligt att en närstående eller partner får vara med inne på operationssalen (Boij 2012). Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (RFSL) (RFSL u.å.) har skrivit en text om bemötande av hbt-personer i vården. De påpekar vikten av att dessa människor skall bemötas med respekt och lika behandling. Det är viktigt då det inte alltid är en kvinna och en man som är föräldrarna till barnet. Den forskningen som finns idag kring partners upplevelser och roll vid kejsarsnitt fokuserar oftast på fadern. Därför valdes det att fokusera på faderns roll i studien.

Faderns roll

Faderns roll vid en traditionell förlossning finns det en del forskat kring, men vid en förlossning genom kejsarsnitt finns det ett stort kunskapsgap. På senare år har det forskats om faderns upplevelser av kejsarsnittet men hans roll och inverkan har inte undersökts i någon större utsträckning. Mycket av den forskning som utförts är dessutom gjord på planerade kejsarsnitt och endast ett fåtal har gjorts på oplanerade. En litteraturoversikt av Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala (2012, ss. 1-3) visar att konstant stöd under förlossningen har positiva utfall för modern och barnet. En studie som genomfördes i Turkiet av Gungor och Beji (2007, s. 223) bekräftar att faderns närvaro på förlossningen leder till en ökad positiv erfarenhet för modern. I en studie av Chalmers, Kaczorowski, Darling, Heaman, Fell, O'brien och Lee (2010, s. 46) visade det sig att kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt upplevde större tillfredsställelse av sin partners stöd än kvinnor som genomgått en vaginal förlossning.

Faderns upplevelser av kejsarsnitt

Faderns upplevelse av en förlossning kan vara omtumlande. Blandade känslor av oro för sin partner och barn kan blandas med en känsla av glädje. En studie av Johansson, Rådestad, Rubertsson, Karlström och Hildingsson (2010, s. 762) visade att 88.9 % av de tillfrågade fäderna föredrog en vaginal förlossning när de tillfrågades i mitten av graviditeten. När en vanlig vaginal förlossning förväntas och sedan blir till ett oplanerat kejsarsnitt, kan det vara svårt för fadern att följa med i utvecklingen av situationen. Johansson, Rubertsson, Rådestad och Hildingsson (2012, s. 14) har undersökt faders upplevelse av förlossningen i Sverige. De kom fram till att det var mer troligt att förlossningsupplevelsen blev negativ för fadern då förlossningen skett genom akut kejsarsnitt.

Johansson, Hildingsson & Fenwick (2013, ss. 3-4) har studerat svenska faders upplevelser vid kejsarsnitt och beskriver att det oväntade behovet av kirurgi och oron för sin partner och barn förföljde dem in på operationssalen. Det fanns en rädsla för komplikationer och vid akut kejsarsnitt fanns det en ökad känsla av nervositet. Vid ett kejsarsnitt sker förlossningen oftast på en operationsavdelning och det kan vara en helt främmande plats för föräldrarna. Det framkom att fäderna kunde uppleva operationssalen som något okänt och skrämmande, vilket ledde till nervositet, spändhet och en känsla av panik. För de fäder som upplevde sitt första kejsarsnitt var det okända en stor del av stressen. De kunde känna att de inte var behövda och att de var oförmögna att hjälpa sin partner. Fadern är inte en patient men sjukvårdsteamet får inte glömma

bort att även fadern är i behov av stöd och omvårdnad vid ett kejsarsnitt. Sjukvårdsteamet spelade en stor roll i hur fäderna upplevde kejsarsnittet i Johansson et al. (2013, s. 5) studie. Det som minskade stress och uppskattades mest var när personalen konstant uppdaterade männen och förklarade vad som hände. När personalen inte gav tillräcklig information fick männen kämpa för att klara av situationen och deras oro ökade. Studien visade att informationsutdelning av personalen var en essentiell del i att förlossningen skulle upplevas positivt av fäderna. Det framkom även att det var viktigt att riktade frågor om hur de mådde ställdes och att de också blev sedda av personalen.

Hud mot hud kontakt

Redan den engelske psykoanalytikern Bowles beskriver i sin anknytningsteori att barnet inte är ett oskrivet blad vid födseln utan är utrustat med flera beteendesystem. De har betydelse vid utvecklingen av tillgiven bindning och exempel på beteendesystem är gråtande, sugande och fasthållning (Perris 1996, s. 47). Vikten av att modern och det nyfödda barnet får spendera den första omedelbara tiden efter förlossningen hud mot hud finns det stöd för i flera studier. En litteraturöversikt av Moore, Anderson, Bergman och Dowswell (2012, ss. 1-2) visar på att tidig hud mot hud kontakt mellan modern och det nyfödda barnet har en positiv inverkan på flera saker. Amningen blir bättre, barnet verkar bli mer stabilt vad gäller cirkulationen och respirationen. Barnet gråter även mindre. Bystrova, Ivanova, Edhborg, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Mukhamedrakhimov, Uvnäs-Moberg och Widström (2009, ss. 108-109) visade i sin studie att både tidig hud mot hud kontakt och tidig amning ledde till bättre sammankoppling mellan modern och barnet ett år senare, i jämförelse med fall där barnet och modern separerades den första tiden. Elliot-Carter och Harper (2012, ss. 291-295) har implementerat förändringar på ett kvinnosjukhus i Louisiana, USA, genom att åtgärder gjordes för att kvinnor inte skulle separeras ifrån sina nyfödda barn efter kejsarsnitt. Det var åtgärder som såg till att modern fick vårdas tillsammans med barnet och därmed möjliggjordes tidig hud mot hud kontakt. De upplevde att mödrarna var väldigt nöjda med att slippa separeras från sina nyfödda barn. Personalen var dessutom också de positiva till förändringen som skett. Författarna påpekar att det behövs mer forskning på området. En studie av Rowe-Murray och Fisher (2001, s. 1068) visade att kejsarsnitt har en negativ effekt på den första kontakten mellan barnet och modern. Velandia, Matthiesen, Uvnäs-Moberg och Nissen (2010, s. 200) undersökte om den vokala interaktionen mellan föräldrarna och det nyfödda barnet blev bättre av hud mot hud kontakt. Den vokala interaktionen är ett viktigt led i de beteenden som barnet genomgår innan amningen och hjälper till med sammankopplingen mellan barnet och föräldrarna. De visade i sin studie att den vokala interaktionen inträffade inom 15 min efter att barnet placerades hud mot hud omedelbart efter det elektiva kejsarsnittet. De menar att detta är argument för att föräldrarna skall uppmuntras till att ha kvar sitt barn hud mot hud omedelbart efter förlossningen för att den vokala interaktionen skall komma igång tidigare. Under ett kejsarsnitt måste kvinnan ligga kvar på operationsbordet efter att barnet kommit ut. Anledningen till det är att livmodern och bukväggen hos modern måste sys ihop utav kirurgerna (Socialstyrelsen 2013, s.44). Tiden som detta tar varierar och modern måste under denna period ligga kvar. Under den tiden har fadern en viktig roll i att ta hand om barnet. En studie av Erlandsson, Dsilna, Fagerberg och Christensson (2007, ss. 109-113) visade att om fadern tog hand

om barnet efter kejsarsnittet med hud mot hud kontakt förbättrades barnets gråtmönster, välmående och preanningsbeteende. Detta i jämförelse med om barnet fick ligga i en spjällsäng som var det konventionella sättet. Det visar att fadern har en betydande roll i barnets vård och framförallt om omständigheterna gör att modern inte är kapabel att medverka till hud mot hud kontakten.

Behandlingar under kejsarsnitt

Smärta och bedövning

I de flesta nyare studier används bupivakain som lokalbedövningsmedel (Bang, Chung, Lee J. H., Hong, Choi, Lee J-Y., Lee S-Y. & Yang 2012; Braga A.A., Frias, Braga F.S., Potério, Hirata & Torres 2012; Braga, A.A., Frias, Braga F.S., Pereira & Titotto 2013; Harten, Boyne, Hannah, Varveris & Brown 2005). Men för att uppnå smärtlindring vid denna typ av ingrepp krävs högre doser uppemot 12-15 mg med följd av en högre incidens av blodtrycksfall (Braga et al. 2012, s. 778; Braga et al. 2013, s. 29). Därför tillsätts oftast en opioid för att kunna använda en lägre dos av lokalbedövningsmedel och även få en bättre postoperativ smärtlindring. Dosen av 0,5 % hyperbar bupivakain kan anpassas till patientens längd och vikt (Bang et al. 2012, s. 322; Harten et al. 2005, s. 349; Lee, J.H., Chung, Lee, J.Y., Chun, Yang, Ko & Yun 2011, s. 105). Harten et al. (2005, s.352) använder sig av den metoden med en tillsats av opioid och får en adekvat anestesi med färre och mindre allvarliga biverkningar än i kontrollgruppen där 12 mg bupivakain användes.

Braga et al. (2012, s. 775) jämför effekten av olika typer av tillsatsmedel till 0,5 % hyperbar bupivakain 10 mg i spinalbedövning. De kommer fram till att sufentanil 5,0 µg och klonidin 75µg som tillsats ger adekvat anestesi samt god peri- och postoperativ smärtlindring. Den totala smärtlindringstiden var signifikant längre för sufentanil. Däremot rapporterade 29 % av dem som fick 100 µg morfin som tillsats smärta under ingreppet och krävde extra smärtlindring. Morfin intratekalt skänker däremot en bra smärtlindring postoperativt (Braga et al. 2013, s. 31). Fentanyl som tillsats ökar också kvaliteten på den intraoperativa smärtlindringen och ger en längre postoperativ smärtlindring än utan tillsats (Shende, Cooper & Bowden 1998, s. 709). Lee et al. (2011, ss. 104-107) jämför i sin studie tillsatserna sufentanil 2,5 µg och fentanyl 20 µg till hyperbar bupivakain 0,5 % i doser anpassade efter längd och vikt. Sufentanil och fentanyl gav båda en god anestesi med en god muskelrelaxerande effekt och adekvat smärtlindring intraoperativt samt en längre postoperativ smärtlindring än utan tillsats. Däremot förekom illamående och generell klåda som biverkning vid opioid användningen i de ovanstående studierna.

Bupivakain tillsammans med sufentanil eller fentanyl är alltså ett bra val vid kejsarsnitt i spinalbedövning. Bang et al. (2012, s. 325) rekommenderar att en dos på 2,5 µg sufentanil jämfört med 5 µg tillsätts till 0,5 % hyperbar bupivakain. Det för att få en längre och effektivare smärtlindringstid med mindre biverkningar såsom kräkning, blodtrycksfall och klåda.

Illamående

Illamående och kräkning hos kvinnor, som genomgår kejsarsnitt i spinalbedövning, är vanligt förekommande både under operationen och efteråt. En litteraturöversikt av Griffiths, Gyte, Paranjothy, Brown, Broughton och Thomas (2012, ss. 19-20) visar att tre läkemedelsgrupper var effektiva som profylaktisk behandling för att förhindra illamående och kräkning både under och efter operationen. Dessa var 5-HT3 antagonister (ex. odansetron), dopaminreceptorblockerare och lugnande (oftast propofol). Andra effektiva läkemedelsgrupper mot illamående och kräkning intraoperativt var kortikosteroider, antihistaminer och antikolinergika. Antihistaminer minskar postoperativt illamående och kräkning och antikolinergika minskar intraoperativt illamående. Akupunktur fungerade mot intraoperativt illamående men inte mot postoperativt illamående eller mot kräkning varken intra- eller postoperativt. Det saknas dock tillräckligt många studier i ämnet. Ingen evidens finns som säger att det skulle ge bättre verkan med en kombination av två preparat och fler studier behövs

Blodtrycksfall

En studie av Dyer, Reed, van Dyk, Arcache, Hodges, Lombard och Greenwood (2009, ss. 758-759) visade att patienternas blodtryck gick ner efter administrering av spinalbedövning vid kejsarsnitt och att hjärtminutvolymen ökade som svar på detta. Oftast räcker inte det för att motverka spinalbedövningens blodtrycksänkande effekter och åtgärder kan behöva göras för att säkerställa modern och barnets välmående. Det har diskuterats vilken vasopressor som skall användas vid spinalbedövningsinducerat blodtrycksfall och valet har framför allt stått mellan fenylefrin och efedrin. Många studier har gjorts och en litteraturöversikt av Habib (2012, s. 388) har visat att fenylefrin verkar vara bättre att använda än efedrin trots att båda fungerar bra för att motverka spinalbedövningsinducerat blodtrycksfall. Fenylefrin verkar bättre då efedrin visat sig fungera sämre mot intraoperativt illamående och att navelsträngsartärens ph uppmäts vara lägre när efedrin används.

Det har även diskuterats vilken typ av vätska som skall ges och när vätskan skall ges för att parera blodtrycksfallet. I en systematisk litteraturstudie av Cyna, Andrew, Emmet, Middleton och Simmons (2006, ss. 1-2) fastställdes att kolloider behöll blodtrycket bättre än kristalloider. Ngan (2010, ss. 306-307) har också genomfört en systematisk litteraturstudie som visat på att kolloider var effektivare på att bibehålla blodtrycket än kristalloider. Han påpekar dock att beslutet att använda kolloider kan variera på grund av kostnader, vätskeöverskott och allergiska reaktioner. Tidpunkten för när vätskan skall ges har argumenterats och det har framförallt diskuterats om vätskan skall ges innan spinalbedövning eller samtidigt. Siddik-Sayyid, Nasr, Taha, Zbeide, Shehade, Al Alami, Mokadem, Abdallah, Baraka och Aouad (2009, s. 1224) genomförde en studie där de undersökte effekten av att ge kolloid lösning innan spinalbedövningen jämfört med att ge det samtidigt som spinalbedövningen. Den visade att incidensen för blodtrycksfall och allvarligt blodtrycksfall var lägre för gruppen som fick den kolloida lösningen innan spinalbedövningen men att det inte var någon signifikant skillnad på alternativen.

Postoperativa infektioner

Vid kejsarsnitt är postoperativa infektioner en riskfaktor för kvinnan. En systematisk litteraturstudie av Smaill och Gyte (2010, ss. 1-2) visade att tillförsel av antibiotika profylaktiskt reducerade risken för att kvinnan skulle få en infektion efter kejsarsnittet med mellan två tredjedelar till tre fjärdedelar. Studien visade på att det finns lite forskning på hur tillförseln av antibiotika påverkar barnet. En studie av Kaimal, Zlatnik, Cheng, Thiet, Connatty, Creedy och Caughney (2008, ss. 310e.2-310e.3) undersökte om det spelade någon roll om antibiotikan gavs innan första hudincisionen eller först efter klampningen av navelsträngen. Studien visade att risken för infektion efter förlossningen gick ner markant när antibiotikan gavs innan första hudincisionen. Inga klara bevis för att det är skadligt för barnet har kunnat påvisas i några studier.

Postoperativ blödning

WHO (2012, s. 3) beskriver i sina riktlinjer att postpartumblödningar är orsaken till en fjärdedel av all global mödradödlighet. De berättar även att de flesta som dör av postpartumblödningar gör det inom 24 timmar efter förlossningen och att majoriteten av dödsfallen skulle kunna ha förhindrats om ett livmodersammandragande läkemedel getts profylaktiskt. I sina riktlinjer rekommenderar WHO (2012, s. 18) oxytocin vid kejsarsnit. Gizzo, Patrelli, Gangi, Carrozzini, Saccardi, Zambon, Bertocco, Fagherazzi, D'Antona och Nardelli (2013, ss. 7-8) kom i sin systematiska litteraturundersökning fram till att oxytocin är förstahandspreparatet att använda som profylax mot postpartumblödningar. Bhattacharya, Ghosh, Ray, Mallik och Laha (2013, ss. 33-34) har undersökt administreringen av oxytocin och jämfört en intravenös bolusdos med en intravenös infusion under fem minuter. Bolusdosen ledde till ökad hjärtrytm, sänkt medelartärtryck och till att vissa patienter upplevde bröstsmärtor. Båda administreringssätten hade liknande inverkan på den livmodersammandragande effekten men infusion under fem minuter uppvisade inga negativa kardiovaskulära biverkningar.

Kvinnans position på operationsbordet

Det är praxis på många sjukhus att ändra kvinnans position på operationsbordet genom att vinkla bordet 15 grader åt vänster eller att använda en kil för att vinkla kvinnans höft. Det görs i syftet för att minska trycket mot aorta och vena cava inferior vilket tros leda till bättre venöst återflöde och påverka moderns cirkulation positivt. En systematisk litteraturöversikt av Cluver, Novikova, Hofmeyr och Hall (2013, ss. 1-2) visade att evidensen för att vinkla operationsbordet eller användandet av kil är begränsad. Viss evidens finns för att vinkling av operationsbordet till vänster är bättre än vinkling till höger. Viss evidens finns även för att manuellt tryck på livmodern åt sidan är bättre. Författarna påpekar att mer forskning krävs på området.

PROBLEMFÖRMULERING

I jämförelse med vaginal förlossning leder kejsarsnitt till ökad risk för antepartumblödning, inläggning på intensivvårdsavdelning, blodtransfusion, hysterectomi och mödradödlighet. I Sverige har andelen kejsarsnitt ökat från 5 procent

1973 till 17 procent 2011. Den vanligaste anestesimetoden vid kejsarsnitt är spinalbedövning och det innebär att kvinnan är vaken under hela förloppet. Studier visar att kejsarsnitt kan innebära en negativ förlossningsupplevelse för kvinnan med sämre moderskänslor för barnet och en sämre upplevelse för partnern. Förlusten av kontroll vid kejsarsnitt är en central upplevelse hos både modern och hennes partner. När en kvinna dessutom genomgår ett oplanerat kejsarsnitt stämmer inte förväntningarna av förlossningen överens med utgången. Det kan i sin tur leda till att både kvinnan och hennes partner upplever förlossningen som något negativt. Vid kejsarsnitt har anestesisyjuksköterskan ett ansvar att bedriva god anestesisyjuksvård. Det innefattar både att ge god omvårdnad och utföra behandlingar för att säkerställa kvinnans välbefinnande. Det finns dock få studier som belyser anestesisyjuksköterskans omvårdnadsroll vid kejsarsnitt. För att utföra anestesisyjuksvård på ett bra och patientsäkert sätt behöver anestesisyjuksköterskan riktlinjer av god kvalitet att arbeta efter. Då forskningen hela tiden går framåt behöver riktlinjerna vara uppdaterade för att stämma överens med den senaste evidensen.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka riktlinjerna för anestesi vid oplanerade kejsarsnitt i spinalbedövning.

- Innehåller de omvårdnad? Är den evidensbaserad?
- Är de förankrade i evidensbaserad medicin?
- Håller de en god kvalitet?

METOD

Ansats

Studien har en kvantitativ deskriptiv ansats. Deskriptiv metod har valts då syftet med studien var att undersöka hur riktlinjerna vid kejsarsnitt ser ut utan att någon intervention skulle göras. Polit och Beck (2012, s. 18) beskriver att kvantitativ deskriptiv forskning fokuserar på ett fenomenets mätbara attribut, fördelning och storlek.

Urval

Som metod för urvalet användes systematiskt kvoturval. Det innebär enligt Forsberg och Wengström (2013 sid. 46) att genom den kunskap som finns om populationen väljs var och när urvalet ska göras. Genom kunskapen om populationen väljs även hur många och vilka egenskaper som ska finnas. De beskriver att genom denna metod kan urvalet bestämmas utifrån i förväg bestämda kriterier. Målet med studien var att undersöka riktlinjerna hos alla sjukhus i Sverige som genomför kejsarsnitt. Socialstyrelsens statistikdatabas (2013) användes för att ta fram antalet sjukhus som utförde kejsarsnitt under år 2011, som var 57. I listan fanns det två sjukhus som i databasen räknades som ett sjukhus, men sjukhusen hade egna riktlinjer och räknades därför i studien som enskilda sjukhus. Totala antalet i databasen uppgick då till 58. I listan fanns flera sjukhus med som 2011 inte genomförde kejsarsnitt eller hade samma riktlinjer som ett annat sjukhus i listan. Ett sjukhus genomförde bara kejsarsnitt i generell anestesi. Efter

att dessa sjukhus räknats bort blev antalet sjukhus vars riktlinjer efterfrågades till studien 45.

Riktlinjer som efterfrågades var de som var riktade till anestesipersonalen vid kejsarsnitt. Fokus låg på de riktlinjer där spinalbedövning använts på grund av att modern är vaken och behovet av omvårdnad där kan vara större. Fokus låg även på akuta kejsarsnitt då vikten av tydliga riktlinjer och god omvårdnad är av stor vikt. I vissa fall hade sjukhusen inte gjort någon skillnad mellan planerade och akuta kejsarsnitt i spinalbedövning. Flertalet sjukhus hade flera riktlinjer vid kejsarsnitt som var relevanta för anestesipersonalen. I de fall bedömdes riktlinjerna som en helhet i studien.

Datainsamling

För att samla in riktlinjerna från de olika sjukhusen, ringdes motsvarande anestesiklinik eller operationsavdelning under en två veckors period. Syftet med arbetet presenterades och deras riktlinjer för anestesi vid kejsarsnitt efterfrågades. E-post enligt bilaga 1 skickades därefter till varje enhet där syftet med arbetet beskrevs kortfattat och ett önskemål om att få in deras riktlinjer. I brevet stod också att deltagandet var frivilligt. Vidare kontakt skedde via e-post om ytterligare frågor eller om kompletterande material behövdes. Påminnelse via e-post skickades till dem som inte svarat. Av de riktlinjerna som motsvarade inklusionskriterierna erhöles slutligen 24. Riktlinjerna kom från både mindre sjukhus och större universitetssjukhus där antal utförda kejsarsnitt år 2011 som lägst var 73 och som högst 1571. De riktlinjerna som samlats in har en god geografisk spridning i landet med sjukhus från norr till söder. Olsson och Sörensen (2002 s. 94) beskriver att när såkallad hårddata används som informationskälla är det viktigt att komma ihåg att det fortfarande kan finnas brister i validiteten och reliabiliteten. Stor noggrannhet krävs i insamlandet för att inte förlora viktig data.

Dataanalys

Evidensbaserad medicin och omvårdnad

För att granska riktlinjernas innehåll begränsades valet av evidens till några huvudområden inom både omvårdnad och behandlingar. Dessa områden valdes ut genom att författarna till studien fördjupade sig kring ämnet. En litteratursökning gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Cochrane. Den begränsades i största möjliga mån till artiklar publicerade under de senaste fem till tio åren. Ett fåtal artiklar som var av intresse gick inte att få tag på och kunde inte inkluderas i studien. Några områden upptäcktes även vid granskningen av riktlinjerna och då gjordes en litteratursökning i området. Förekomsten av huvudområdena inom omvårdnad i riktlinjerna sammanställdes i tabeller. Riktlinjernas rekommendationer för behandlingarna sammanställdes också i tabeller. För att beskriva förekomsten av evidensbaserad medicin och omvårdnad i riktlinjerna användes deskriptiv statistik. Enligt Polit och Beck (2012, s. 389, s. 379) används deskriptiv statistik för att beskriva och syntetisera data. Procentsatser är ett sätt att presentera den data. Huvudområdena för omvårdnad och behandlingar presenteras nedan.

Omvårdnad:

- Ta moderns önskemål i beaktning när det gäller val av anestesi
- Information till patient och anhörig
- Vård tillsammans
- Möjlighet till anhörig på salen
- Hud mot hud kontakt

Behandlingar under kejsarsnitt:

- Smärta och bedövning
- Illamående
- Blodtrycksfall
- Postoperativa infektioner
- Postoperativ blödning
- Kvinnans position på operationsbordet

Instrument för kvalitetsbedömning

För att kunna bedöma kvaliteten hos riktlinjerna som samlats in användes Appraisal of guidelines research & evaluation II (AGREE II) (AGREE Next Steps Consortium 2009). Det är ett instrument för att kunna bedöma kvaliteten på kliniska riktlinjer. AGREE II används även till att visa hur rekommendationer bör tas fram i riktlinjer och kan användas som ett stöd när riktlinjer skall utformas (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 1). I Sverige har en äldre version av AGREE instrumentet (AGREE-samarbetet 2001) översatts till svenska av Socialstyrelsen 2003. Instrumentet har uppdaterats och en engelskspråkig version finns att tillgå sedan 2009. Till denna studie valdes den uppdaterade versionen AGREE II (Next Steps Consortium, 2009).

AGREE II består av sex avsnitt med totalt 23 huvudpunkter följt av två punkter om övergripande bedömning. Varje avsnitt skall fånga en specifik del i riktlinjernas kvalitet. (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 7).

1. *Mål och syfte*. Avsnittet fokuserar på det övergripande målet med riktlinjen, de specifika kliniska frågorna och målpopulationen.
2. *Berörda intressenters delaktighet*. Avsnittet inriktar sig på om riktlinjen är framställd av lämpliga intressenter och om riktlinjen representerar synpunkter från den avsedda målgruppen.
3. *Noggrannhet*. Avsnittet koncentrerar sig på processen att samla in och framställa evidensen. Det granskar även metoder för att formulera rekommendationerna och för att uppdatera dem.
4. *Tydlighet och framställning*. Avsnittet behandlar riktlinjens struktur och språk.
5. *Tillämplighet*. Avsnittet fokuserar på möjliga hinder och underlättande faktorer till implementeringen av riktlinjerna, strategier för att förbättra tillämpbarheten och ekonomiska följder av riktlinjerna.
6. *Redaktionell självständighet*. Avsnittet behandlar rekommendationernas självständighet och om det finns intressekonflikter.

- De två sista punkterna handlar om riktlinjens övergripande kvalitet och om riktlinjen rekommenderas till användning. I den här studien valdes att inte behandla de punkterna.

Vid en granskning av en riktlinje skall minst två personer oberoende av varandra gradera varje punkt. Varje punkt kan graderas från 1 strongly disagree till 7 strongly agree. Poängen som erhålls på varje avsnitt adderas ihop och en procentsats räknas ut enligt formeln i figur 1. Avsnitten bedöms separat och bör inte sammanställas till ett övergripande betyg för hela riktlinjen (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 7-9).

Figur 1 (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 9)

The scaled domain score will be:

$$\frac{\text{Obtained score} - \text{Minimum possible score}}{\text{Maximum possible score} - \text{Minimum possible score}}$$

$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0.5694 \times 100 = 57 \%$$

Granskningen av riktlinjerna gjordes av författarna. Innan granskningen skedde lästes manualen igenom tillsammans. Detta för att båda skulle ha samma syn på hur bedömningen skulle gå till väga. Procentsatsen som erhöles sammanställdes i ett diagram för varje avsnitt. I diagrammen har sjukhusen kodats med romerska siffror.

Etiska överväganden

I resultatet av arbetet har sjukhusens namn kodats randomiserat i avseende att inte skada något sjukhus anseende. Enligt paragraf 3 i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) så avser lagen etikprövning av forskning som ämnar människor och biologiskt material från människor. Syftet med lagen är att skydda den enskilde människan och att det skall finnas respekt för människovärdet. I denna studie behandlas inga patientuppgifter och utan all information som samlats in har varit riktlinjer där inga patienter nämnts. En ansökan till etikprövningsnämnden har därför inte gjorts.

RESULTAT

Omvårdnad

Det uppkom huvudområden i omvårdnad under litteratursökningen till bakgrunden och vid granskningen av riktlinjerna. I studien lästes alla riktlinjerna igenom och där ett huvudområde har beskrivits antecknades det i en tabell. Resultatet av detta presenteras nedan och visar på att det finns en spridning i hur många sjukhus som beskrivit huvudområdena. Genomgående fanns omvårdnaden beskriven i en mycket låg utsträckning.

Ta moderns önskemål i beaktning när det gäller val av anestesi

Moderns val av anestesimetod kan tas i beaktning vid kejsarsnitt om det inte finns några risker att ta hänsyn till gällande barnets eller moderns hälsa. Sju riktlinjer beskriver att moderns önskemål vid val av anestesimetod tas i beaktning. Det vill säga i 29 % av riktlinjerna. I övriga 71 % saknas uppgifter.

Information till patient och anhörig

I tre av riktlinjerna står det att kontinuerlig information om förloppet skall ges till modern eller föräldrarna under förlossningen. I två av dessa är det specifikt förklarat vilken typ av information som skall ges och i en av dessa är informationen endast riktad till modern. De konkreta exemplen som togs upp var att informera den blivande modern om att det blir ett tryck över magen, att hon kan må illa och att personal går ut med barnet efter att det är förlöst. Fler exempel var att informera om att en viss beröringskänsla kvarstår, att dragning i bukhinnan kan kännas och att rörelsen i benen försvinner under en viss tid. I 88 % av riktlinjerna står det inget om att ge information till patienten och anhörig under operationen.

Vård tillsammans

Efter förlossningen kan modern behöva ligga på en postoperativ avdelning ett tag. Om barnet inte behöver någon direkt vård efter förlossningen kan fadern och barnet oftast komma till en förlossningsavdelning direkt. Detta leder till att familjen ibland separeras i ett skede då det är viktigt att få vara tillsammans. I vissa fall kan familjen få vårdas tillsammans på förlossningsavdelningen direkt efter operationen, om den kompetensen finns på avdelningen. I 37.5 % av riktlinjerna fanns det möjligheter till vård av modern och barnet tillsammans efter förlossningen. Detta då moderns och barnets tillstånd tillät det. I 62.5 % av riktlinjerna fanns det ingen beskrivning av möjligheterna till detta.

Möjlighet till anhörig på salen

Det finns som bakgrunden till studien visar många anledningar till att låta fadern vara med inne på salen under kejsarsnittet. Fyra riktlinjer skriver att fadern eller anhörig kan närvara under operationen. Det vill säga i 17 % av dem. I 83 % av riktlinjerna saknas uppgift kring det. Det är troligt att de flesta sjukhus i Sverige tillåter att fäderna får vara med på operationen men att de inte skriver om det i anestesi riktlinjer.

Hud mot hud kontakt

Det var enbart i två riktlinjer av 24 i studien som det fanns en beskrivning om underlättande åtgärder för tidig hud mot hud kontakt. I ena riktlinjen skrevs det att hjärtövervakningselektrodena skulle placeras på ett sådant sätt att barnet skulle kunna läggas på moderns bröst efter förlossningen. I andra riktlinjen fanns det beskrivet att det i möjligaste mån skulle beredas hud mot hud kontakt mellan mor och barn. I resterande 92 % av riktlinjerna nämndes inte hud mot hud kontakt.

Behandlingar under kejsarsnitt

Det finns några behandlingar som är extra viktiga för anestesisjuksköterskan vid kejsarsnitt. Dessa valdes ut under litteratursökningen och under granskningen av riktlinjerna. Riktlinjernas rekommendation för behandlingarna eftersöktes och sammanställdes i tabeller. Det gjordes för att undersöka om rekommendationerna i riktlinjerna överensstämde med den senaste evidensen i områdena.

Smärta och bedövning

Samtliga riktlinjerna rekommenderar Marcain Tung 0.5 % (hyperbar bupivakain) som lokalbedövningsmedel till spinalbedövningen. I 92 % av riktlinjerna rekommenderas dessutom en tillsats av opioid för att kunna minska mängden av lokalbedövningsmedel och dess blodtryckssänkande verkan. Tabell 1 visar på skillnaderna mellan de olika sjukhusens riktlinjer.

Tabell 1. Läkemedel i spinalbedövning vid akuta kejsarsnitt

Läkemedel	Sjukhus n	Sjukhus %
Marcain Tung, endast	2	8 %
Marcain Tung + sufentanil	4	17 %
Marcain Tung + fentanyl	6	25 %
Marcain Tung + morfin	4	17 %
Marcain Tung + sufentanil + morfin	3	13 %
Marcain Tung + fentanyl + morfin	5	21 %
Totalt	24	100 %

I två riktlinjer används Marcain Tung 0.5 % utan tillsats. I den ena riktlinjen justeras doserna utifrån patienternas längd och varierar mellan 7 mg och 12 mg. I den andra föreslås doser mellan 12.5 mg och 14.0 mg. Där föreslås också sufentanil vid behov men då med en dosjustering av Marcainet anpassat efter längden.

I tabell 2 redovisas doserna för de olika opioider som använts och dess förekomst i riktlinjerna. I 22 riktlinjer användes en tillsats av opioid.

Tabell 2. Tillsatser till lokalbedövningen

Läkemedel	Antal riktlinjer n
Sufentanil 5 µg	2
Sufentanil 2,5 µg	5
Fentanyl 10 µg	6
Fentanyl 12,5 µg	2
Fentanyl 15 µg	2
Fentanyl Ingen dos	1
Morfin 100 µg	1
Morfin 160 µg	1
Morfin 200 µg	2

I 29 % av riktlinjerna rekommenderas sufentanil som tillsats. Fem av sju riktlinjer som använder sufentanil som tillsats rekommenderar en dos på 2.5 µg. Det är att föredra jämfört med en dos på 5 µg eftersom mindre biverkningar såsom kräkning, blodtrycksfall och klåda uppkommer. I 46 % av riktlinjerna rekommenderas fentanyl som tillsats och i en riktlinje angavs inga doser. I 17 % av riktlinjerna rekommenderas morfin som enda tillsats. Morfin har en långsammare anslagstid än de andra opioiderna och i en av riktlinjerna kunde därför sufentanil dessutom ges vid behov. Morfin ger däremot en bättre postoperativ smärtlindring och är därför bra att kombinera med ytterligare en annan snabbverkande opioid. Detta rekommenderas i nio riktlinjer.

Illamående

Alla opioider kan ge illamående som biverkan. Även den blodtryckssänkande effekten av lokalbedövningsmedlet och visceral stimuli från operatören kan ge illamående intraoperativt. I 25 % av riktlinjerna nämns något sätt att hantera illamåendet vid spinalbedövning. En riktlinje rekommenderar att använda blodtryckshöjande åtgärder och fem stycken använder sig av antiemetika såsom 5 HT3 antagonist, dopaminreceptorblockerare eller kortikosteroid. Två av dessa riktlinjer rekommenderar en profylaktisk administrering av antiemetikan. I 75 % av riktlinjerna saknas uppgift.

Blodtrycksfall

Fenylefrin räknades som förstahandspreparat i 62.5 % av riktlinjerna. I de riktlinjer där fenylefrin uttryckts som förstahandspreparat hade hälften av riktlinjerna rekommenderat att infusion av fenylefrin skulle användas. Andra hälften rekommenderade bolusdoser. Efedrin användes som förstahandspreparat i 21 % av riktlinjerna och i 12.5 % av riktlinjerna fanns det ingen uppgift om läkemedel vid blodtrycksfall. I en av riktlinjerna där efedrin rekommenderats har de motiverat valet med att de är mer vana vid efedrin och därför valt att rekommendera det. Det som saknades i många riktlinjer var klara rekommendationer för när läkemedlen skulle ges. I vissa riktlinjer har detta beskrivits på ett bra sätt genom att till exempel läkemedel skall ges när kvinnans systoliska blodtryck sjunkit med 20 % av startvärdet. I en riktlinje berördes både efedrin och fenylefrin men inget av läkemedlen nämndes som förstahandspreparat. För tillförsel av intravenös vätska vid spinalbedövning fanns det framför allt tre metoder. En kristalloid vätska användes i 42 % av riktlinjerna medan 12.5 % använde sig av en kolloid vätska. Den tredje metoden var en kombination av både kristalloid och kolloid vätska och

användes i 33 % av riktlinjerna. Det saknades uppgift om val av vätska i 12.5 % av riktlinjerna.

Postoperativa infektioner

Det finns evidens för att profylaktisk antibiotika administrering vid kejsarsnitt minskar postoperativa infektioner hos kvinnorna. I 42 % av riktlinjerna rekommenderas att antibiotika skall ges vid kejsarsnitt i spinalbedövning. Av dem är det 17 % som rekommenderar att antibiotikan skall ges så tidigt som möjligt före operationen och innan hudincision. Och i 8 % av riktlinjerna rekommenderas att antibiotika ges efter avnavling när barnet kommit ut för att inte det skall passera till barnet. I 17 % av riktlinjerna står det endast att antibiotika skall ges enligt ordination eller PM och det framgår inte när det skall ges. I 46 % av riktlinjerna saknas uppgifter kring antibiotikaproylax. Och i tre riktlinjer skall antibiotika endast ges till akuta kejsarsnitt i generell anestesi.

Postoperativ blödning

Användandet av oxytocin fanns beskrivet i 79 % av riktlinjerna. Biverkningarna som snabb oxytocinadministrering kan ge är väldigt obehagliga och kan vara farliga för patienten. Biverkningarna kan undvikas genom att rekommendera att oxytocin ges långsamt. Det fanns en beskrivning av att ge läkemedlet långsamt eller spätt i 63 % av de fallen där oxytocin omnämns. Alla riktlinjer tar inte upp oxytocin och anledningen kan vara att det kan finnas specifika riktlinjer för detta som inte kommit med i denna studie. Det saknades uppgift om oxytocin eller annan livmodersammandragande läkemedel i 21 % av riktlinjerna.

Kvinnans position på operationsbordet

Det är många sjukhus som praktiserar teorin att kvinnans blodtryck blir bättre av att vinkla operationsbordet till vänster eller att vinkla höften åt vänster med en kil. Tanken bakom detta är att minska trycket mot vena cava inferior och aortan och därmed öka det venösa återflödet. Av riktlinjerna i studien hade 75 % beskrivit att kvinnan skall ligga på ett sådant sätt att höften vinklas åt vänster. I 25 % av riktlinjerna saknades det uppgifter om kvinnans position på operationsbordet.

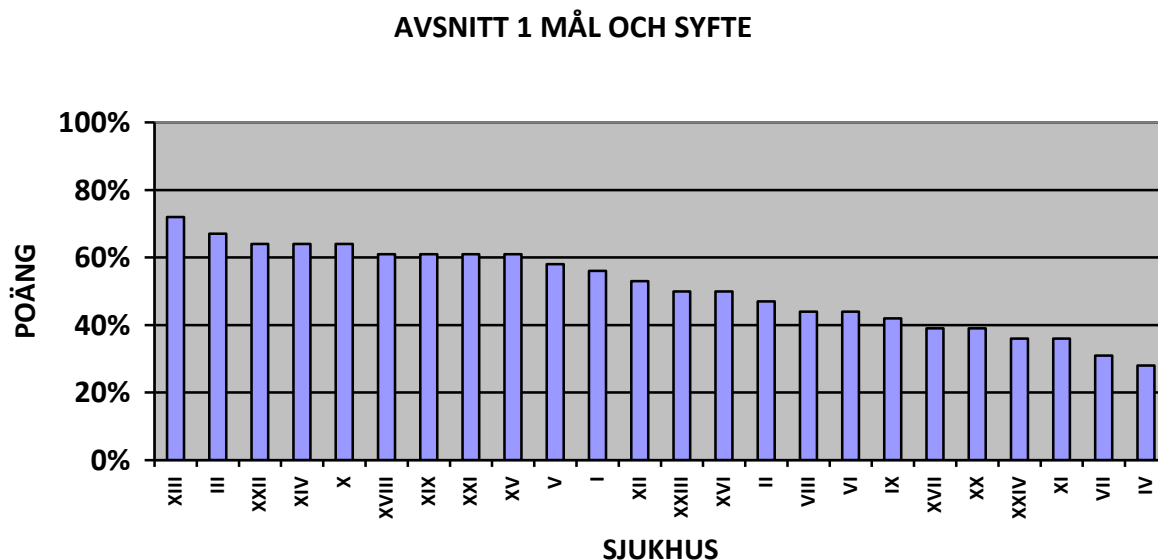
Resultatet av riktlinjernas kvalitet

Resultatet av granskningen med AGREE II instrumentet presenteras i diagram där varje avsnitt presenteras för sig.

Avsnitt 1 Mål och syfte

Avsnitt 1 behandlar riktlinjernas övergripande mål och syfte. För att få höga betyg enligt AGREE II krävs det att de övergripande målen är beskrivna i detalj och att de specifika hälsovinster från rekommendationerna finns beskrivna (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss.12-14). De kliniska frågorna skall beskrivas ingående och målpopulationen skall dessutom vara väl beskriven. Genomsnittspoängen för riktlinjerna i avsnitt 1 var 51 %. Övergripande hade riktlinjerna i studien bra mål och syften. Högsta poäng en riktlinje fick var 72 %, vilket är ett bra resultat. Av de 24 riktlinjerna hade 14 stycken 50 % eller högre i betyg. Det som i många fall saknades var en mer detaljerad beskrivning av syftet med riktlinjen. Oftast hade syftet enbart formulerats med en titel där det framgick att det gäller anestesi i spinalbedövning vid kejsarsnitt. Fäderna placeras oftast vid moderns huvudända bakom skynket. Det kan anses vara narkospersonalens område och behovet av att kunna ge både modern och fadern omvårdnad finns. Det kan därför vara viktigt att även inkludera fäderna i riktlinjernas målpopulation vilket inte förekom i några riktlinjer. Det som annars oftast saknats i riktlinjerna var en mer detaljerad beskrivning av målpopulationen. Flera riktlinjer hade tagit upp om det gällde urakuta, akuta eller planerade kejsarsnitt vilket kan vara bra då det kan vara helt olika rekommendationer och arbetssätt för varje variant. Riktlinjernas kvalitetspoäng presenteras i figur 2.

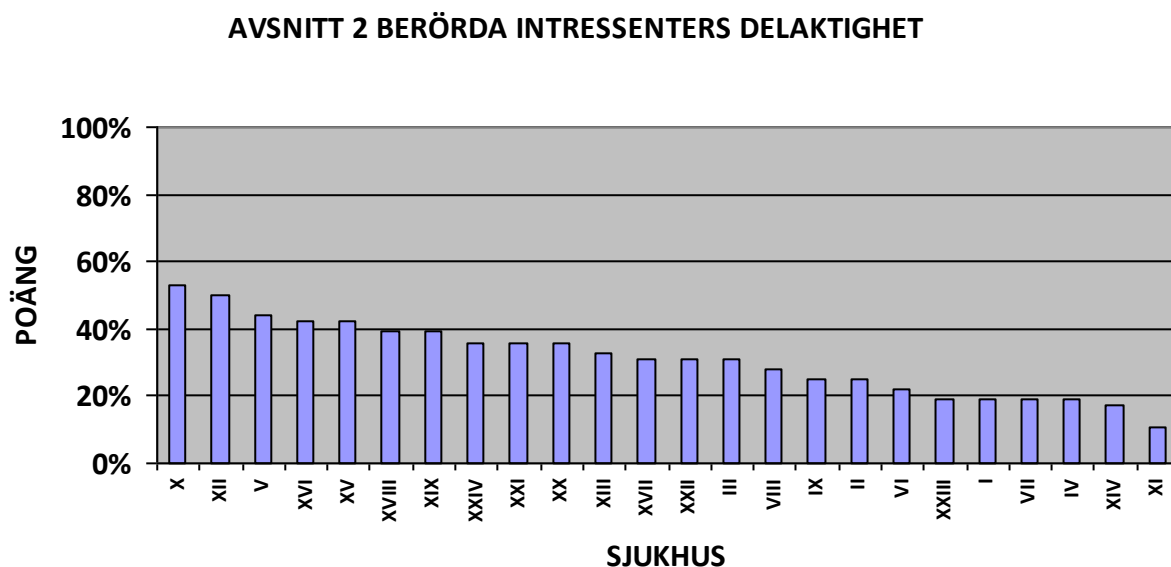
Figur 2



Avsnitt 2 Berörda intressenters delaktighet

Avsnitt 2 behandlar berörda intressenters delaktighet. För att få höga betyg i avsnittet skall alla relevanta yrkesgrupper var delaktiga i framställningen av riktlinjerna, patientmålgruppens åsikter skall beaktas och de tilltänkta användarna av riktlinjerna skall framgå tydligt (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 16-18). Genomgående fick riktlinjerna i avsnitt 2 låga betyg med en genomsnittspoäng på 33 %. Det sjukhus som fick högst poäng på området fick 53 % och det som fick lägst poäng fick 11 %. Tre sjukhus använde läkare från olika kliniker för att skapa riktlinjerna och ett sjukhus hade med en anestesijuksköterska för att granska riktlinjen. I de övriga 21 riktlinjerna var majoriteten utformad av en eller två författare där det inte alltid framgick vilken profession de tillhörde. De riktlinjer som antingen tog upp behovet av att ge information, att erbjuda anhörig att vara med på salen eller möjligheten att som patient vara med och bestämma anestesimetod fick högre poäng med tanke på att hänsyn togs till målgruppens åsikter. Däremot framgick det inte i några riktlinjer hur de hade gjort för att ta reda på målgruppens önskemål, vilket drog ned poängen. De tilltänkta användarna framgick överlag inte på ett tydligt sätt. Riktlinjernas kvalitetspoäng presenteras i figur 3.

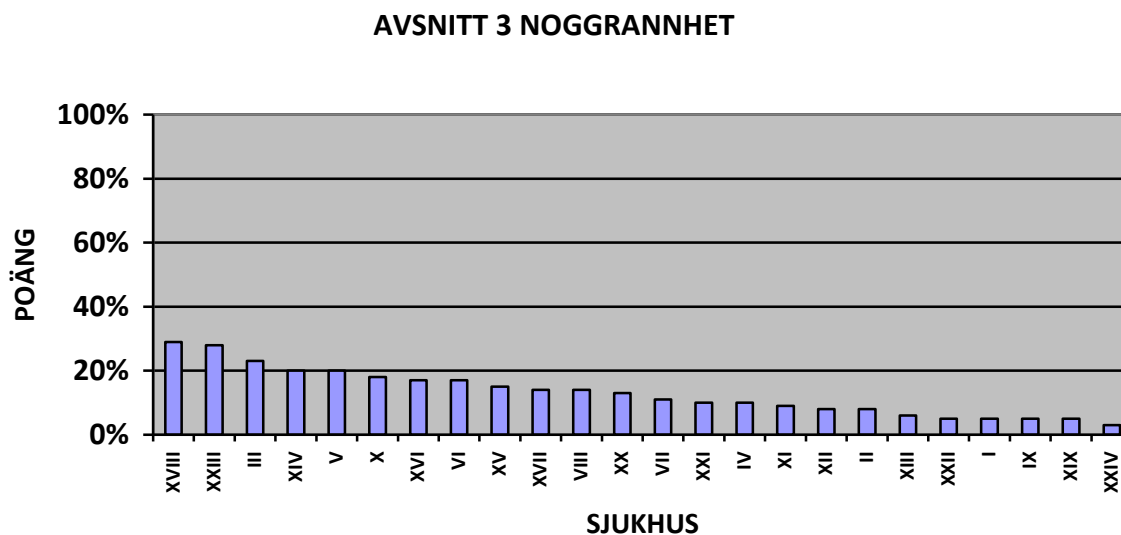
Figur 3



Avsnitt 3 Noggrannhet

Noggrannheten i riktlinjerna tas upp i avsnitt 3. För höga betyg enligt AGREE II krävs att det framgår hur evidensen i rekommendationerna har sökts fram och valts ut (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 20-27). Systematiska sökningar skall göras i databaser och tillvägagångssättet skall framgå i riktlinjerna. Kriterierna för valet av evidensen skall vara väl beskriven. Kvaliteten var i genomsnitt för alla riktlinjer 13 %. Högsta poängen som erhöles var 29 % och den lägsta poängen var 3 %. En stor anledning till de låga betygen var att AGREE II lägger stor vikt vid hur evidensen i rekommendationerna har sökts fram och valts (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 20-27). Det fanns stora brister i beskrivningen om hur evidensen sökts och valts i samtliga riktlinjer. Sex stycken riktlinjer hade skrivit referenser för en del av rekommendationerna men det fanns ingen beskrivning om hur evidensen sökts fram eller valts ut hos några av riktlinjerna. En annan stor anledning till de låga betygen var att riktlinjerna sällan blivit granskade externt. Med det menas att experter inom området bör granska riktlinjerna innan publicering. Det bör även i riktlinjerna finnas en beskrivning för uppdateringsproceduren. Denna bör innefatta hur, när och av vem den ska göras. I elva stycken riktlinjer fanns det beskrivet när uppdateringen skulle ske men den informationen saknades i de flesta fall. Vissa riktlinjer i studien hade inte uppdaterats på över åtta år. I avsnittet ingick även att risker och hälsovinster med rekommendationerna skulle beskrivas. Det hade gjorts i vissa riktlinjer. Tillexempel hade fördelar med regional anestesi jämförts med generell anestesi. Risken för vena cava syndrom och risken för blodtrycksfall vid spinalbedövning har också beskrivits. Det hade dock genomgående gjorts i låg utsträckning i jämförelse med kraven för höga betyg (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 20-27). Riktlinjernas kvalitetspoäng presenteras i figur 4.

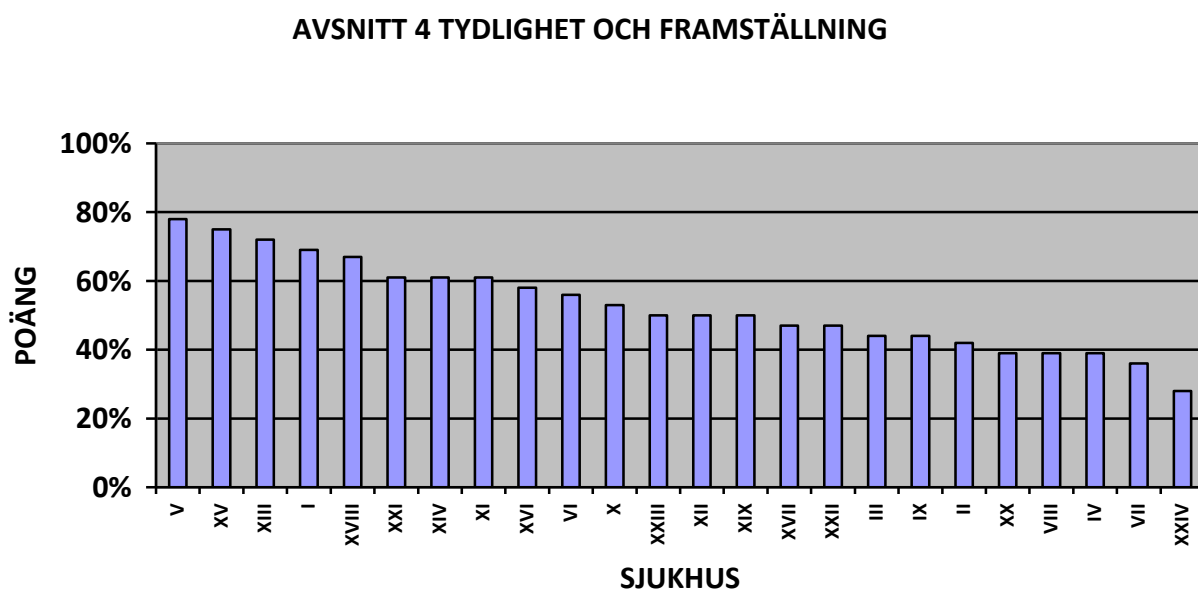
Figur 4



Avsnitt 4 Tydlighet och framställning

Avsnitt 4 fokuserar på riktlinjernas tydlighet och framställning. För att få höga betyg enligt AGREE II krävs att rekommendationerna är specifika, riktade och tydliga (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 29-31). De skall även beskriva alternativa tillvägagångssätt och nyckelrekommendationerna skall vara lätta att hitta. Genomsnittspoängen för avsnitt fyra var 53 %. Det sjukhus som fick högst poäng på området fick 78 % och det som fick lägst fick 28 %. Riktlinjerna i studien hade överlag tydliga och specifika rekommendationer som var lättöverskådliga. Vissa sjukhus valde att presentera sina riktlinjer som en sammanhängande text och upplevdes då som svårare att på ett enkelt sätt hitta information. De flesta presenterade rekommendationerna i olika kategorier med underrubriker och i vissa fall understrukna delar som gjorde det mer lättöverskådligt. Det som drog ned poängen på området var att det ofta saknades en beskrivning av syftet med en viss handling och det gjorde rekommendationen mer vag. Det saknades också ofta olika valmöjligheter för att hantera en åkomma. Riktlinjernas kvalitetspoäng presenteras i figur 5.

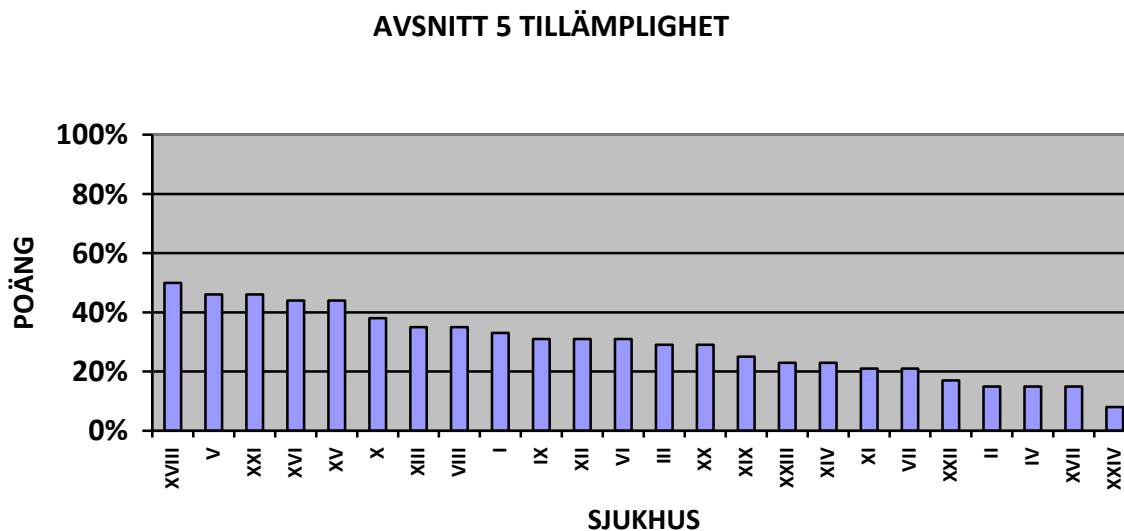
Figur 5



Avsnitt 5 Tillämplighet

Femte avsnittet behandlar tillämpligheten hos riktlinjerna. För höga betyg enligt AGREE II krävs att riktlinjen tar upp om det finns organisatoriska hinder eller underlättande faktorer och om det finns råd och/eller verktyg för hur rekommendationerna skall tillämpas (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 33-36). Det skall även finnas beskrivet om det finns ekonomiska följder av tillämpningen och om referensvärden för olika mätningar finns att följa. Genomgående fick avsnittet lågt betyg med en genomsnittspoäng på 30 %. Högsta poängen i studien var 50 % och lägsta poängen var 8 %. Organisatoriska hinder och underlättande faktorer togs upp av en del riktlinjer. De riktlinjer som fick högre betyg var de som beskrev personalsituationen jourtid och hur arbetsuppgifterna då skulle delas upp. Det fick också de som beskrev hur personalen skulle agera vid mer akuta fall där det förekom tidsbrist. Det kunde exempelvis rekommenderas att ge en högre dos av Marcain spinalt istället för att också tillsätta en opioid och därmed förlora tid vid tillberedningen. Ett annat exempel som förekom var att vänta med urinkatetersättning till efter operationen och därmed påbörja operationen tidigare. Det som många riktlinjer var väldigt tydliga med var att ge referensvärden att följa för olika mätningar och hur ofta de skulle utföras. Råd kring blodtrycket var ofta ingående beskrivet med instruktioner om hur ofta det skulle mätas, vilka blodtrycksgränser som skulle hållas och hur det skulle åtgärdas. I de flesta riktlinjerna förekom en tydlig beskrivning om vad som steg för steg skulle göras under hela anestesiförloppet. Inga av de granskade riktlinjerna diskuterar de eventuella ekonomiska följderna. Riktlinjernas kvalitetspoäng presenteras i figur 6.

Figur 6



Avsnitt 6 Redaktionell självständighet

Avsnitt 6 tar upp om det funnits några intressekonflikter inom arbetsgruppen eller om rekommendationerna kan ha påverkats av andra konkurrerande intressen (AGREE Next Steps Consortium 2009, ss. 38-39). Inga riktlinjer tog upp om innehållet hade påverkats av eventuella externa finansieringsorgan, eller om det fanns några intressekonflikter hos

upphovsmännen. I avsnittet bedömdes därför kvaliteten hos alla riktlinjer vara 0 % och presenteras därför inte i ett diagram.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Deskriptiv ansats valdes till studien eftersom syftet med studien var att beskriva hur dagens riktlinjer i landet såg ut. Då deskriptiv metod beskrivs av Polit och Beck (2012, s. 18) som fenomenets mätbara attribut, fördelning och storlek passade det bra till studien som ville mäta riktlinjernas kvalitet och evidens. Instrumentet AGREE II användes eftersom den bedömer kvaliteten av riktlinjer på ett bra sätt och den tidigare versionen har använts utav Socialstyrelsen. För att få en bra bild över det totala läget i landet eftersträvades det att få tag på så många riktlinjer som möjligt. Dessutom eftersträvades ett bra geografiskt urval. Tillvägagångssättet att först försöka ringa till sjukhusen och sedan skicka e-post valdes eftersom vi trodde att det skulle leda till att fler skulle skicka in sina riktlinjer. Det var svårt att få tag på rätt kontaktperson på sjukhusen. Det berodde på att telefonnummer till avdelningen inte alltid hittades och kontakt fick tas via växeln. Riktlinjerna har varit svåra att få in och trots påminnelse mejl erhöles drygt hälften av alla eftersökta. Tre av sjukhusen höll på att uppdatera sina riktlinjer och ville därför inte skicka in sina gamla. Två andra sjukhus önskade få ett tillstånd för godkännande av datainsamling. På grund av tidsbrist skickades inga tillstånd iväg till de sjukhusen. Anledningen till bortfallet av de övriga riktlinjerna var att inget svar skickades från sjukhusen trots telefonsamtal och påminnelse mejl. Överlag fick vi ett positivt bemötande av personerna som kontaktades och de visade intresse för vår studie. Trots att det enbart kom in strax över 50 % av de efterfrågade riktlinjerna så var den geografiska spridningen så pass stor att studiens tillförlitlighet kan anses vara god. En totalundersökning med alla sjukhus i landet skulle ha givit mer styrka åt resultatet och givit en helhetsbild över landets riktlinjer. De riktlinjer som efterfrågades i studien var de som var relevanta för anestesipersonalen vid akuta kejsarsnitt i spinalbedövning. Kriterierna valdes då vår bedömning var att behovet av omvårdnad blir större när patienten är vaken och oförberedd. Spinalbedövning är dessutom en väldigt vanlig metod vid kejsarsnitt. En problematik i studien var att många sjukhus riktlinjer var uppdelade i flera stycken. För att kunna göra en rättvis bedömning räknades de som en riktlinje i studien. Det kan vara så att sjukhusen missat att skicka in alla sina riktlinjer som har med anestesin att göra. Om så var fallet borde det dock stå i riktlinjerna att det finns ytterligare riktlinjer i andra dokument. I slutändan valdes sammanlagt elva stycken medicin- och omvårdnadsområden. Det finns fler områden som skulle kunna ha varit med i studien. De elva som valdes var de som enligt författarna till den här studien var viktigast eller där framsteg senaste åren inom forskningen gjorts så att ett skifte i rekommendationerna varit erfordrat. Anhörig på salen kan vara både fadern och andra personer. I denna studie valdes det att fokusera på fadern som den anhöriga med på operationssalen. Det då merparten av forskningen som finns på området handlar om fadern. AGREE II är ett instrument för att betygsätta kvaliteten på riktlinjer. Trots att det finns en utförlig manual så blir det till en viss del en subjektiv bedömning av de personer som utför granskningen. Bedömningen i studien skedde av två personer och genom att båda betygsatte samma riktlinjer blev poängen ett medelvärde av personernas

poäng. Under sammanställningen av resultatet noterades att betygsättarnas poäng varierade på vissa frågor. Variationen var dock inte så pass stor att några stora skillnader märktes i slutpoängen. Uppfattningen om avsnitten hos riktlinjerna stämde väl överens mellan bedömarna. AGREE II rekommenderar att granskningen skall utföras av minst två bedömare men helst av fyra stycken (AGREE Next Steps Consortium 2009, s.7). Om möjligheten till fyra bedömare till studien funnits skulle instrumentets tillförlitlighet ha varit bättre.

Då inga uppgifter om patienter behandlades i studien behövdes inget godkännande från etikprövningsnämnden. Syftet med att koda sjukhusen i resultatet berodde på att inget sjukhus skulle svartmålas. Med det menas att om ett sjukhus fick väldigt låga betyg och det inte var kodat skulle det kunna skada sjukhusets anseende. Sjukhusen har dessutom deltagit frivilligt och det är då inte försvarbart att de kan komma till skada om den möjligheten inte meddelats dem. De personer som har deltagit i utvecklandet av riktlinjerna och som står med i namn behövde också skyddas. De hade ingen möjlighet att bestämma själva om de skulle delta i studien och då var det viktigt att skydda deras identiteter.

Omvårdnad

Under ett kejsarsnitt finns det stora behov av omvårdnad. Detta gäller inte bara kvinnan utan gäller även kvinnans partner. I riktlinjerna fanns inte omvårdnad beskrivet i lika stor omfattning som behandlingarna. Detta trots att anestesijuksköterskans ansvar innefattar både de behandlingar som skall göras och omvårdnaden av patienten.

Det finns få studier om kvinnors upplevelser under själva operationen och hur de där skall omhändertas och bemötas. Den forskning som finns visar dock på ett lidande hos denna patientkategori och på ett stort behov av god omvårdnad under kejsarsnittet. Det finns till exempel evidens för att både patienten och hennes partner vill få kontinuerlig information under hela förlossningen (Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2830; Johansson et al. 2013, s. 5). Det kan tyckas som en självklarhet att kontinuerlig information skall ges till patienten då hon ligger vaken med ryggbedövning. Men studierna ovan och egen erfarenhet av författarna visar på att det ibland saknas. En stor del av anestesijuksköterskans roll är att ge en god professionell naturlig vård till patienten, d.v.s. vårdhandlingar som innehåller det människor behöver (Lindwall & von Post 2008, s. 45). Kvinnorna i Somera, Feeley & Ciofanis (2010) studie uppgav att de hade uppskattat att få mer information om vad som händer under förlossningen. Anestesijuksköterskan måste enligt Lindwall och von Post (2008, s. 27) informera patienten och deras närstående samt ansvara för patientens omvårdnad. Det verkar dock saknas insikt och verktyg för det inom området. Den luckan återfinns i riktlinjerna som i mycket liten utsträckning tog upp omvårdnadsrutiner. När kvinnan och partnern inte kände sig delaktiga i förlossningsarbetet under kejsarsnittet ledde det till en negativ känsla som visats i flera studier (Johansson, Hildingsson & Fenwick 2013, ss. 3-4; Bayes, Fenwick & Hauck 2012, s. e903; Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2827). Det kan ge känslor av kontrollförlust. Information om vad som händer, hur det kan kännas eller vad som väntar i förloppet kan underlätta för patienten och hennes anhörig att känna sig delaktiga. Om det specifikt stod med i riktlinjer att information skall ges kontinuerligt till patienten och hennes närstående, skulle det kunna minska

anestesisjuksköterskans eventuella osäkerhet kring nyttan av att ge information. Patienten och hennes anhörig skulle hela tiden vara med på vad som händer och skulle kunna ägna mer fokus åt den positiva upplevelsen av barnafödandet istället för rädslan kring operationen. Mer forskning om vilken typ av information som anestesisjuksköterskan kan ge skulle behövas.

När kvinnorna i en studie av Herishanu-Gilutz, Shahar, Schattner, Kofman och Holcberg (2009, s. 971) inte fick vara vid medvetande när barnet föddes under generell anestesi fick det dem att känna sig som om dem inte var deltagande i processen. Känslan av att inte känna sig deltagande beskrivs även hos kvinnor som genomgått kejsarsnitt i ryggbedövning och varit vakna (Bayes, Fenwick & Hauck 2012, s. e903; Somera, Feeley & Ciofani 2010, s. 2827). Det är viktigt att låta kvinnan välja anestesi metod när det finns möjlighet eftersom det åtminstone gör henne delaktig i valet av vården. I patientsäkerhetslagen (2010:659) står det att vården så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten.

Forskning om kvinnors upplevelser av kejsarsnitt och dess förlossningsvård verkar mest komma från barnmorskor. De belyser ofta upplevelsen kring kejsarsnittet och om de postoperativa följderna. Detta är ett område som kan anses tillhöra barnmorskan. Anestesipersonalen är dock ansvarig för moderns välbefinnande under operationen och om det finns åtgärder som kan göras för att förbättra situationen och utgången för modern och barnet borde det även räknas till deras område. All personal som har hand om patienten borde veta detta så att alla kan jobba mot samma mål. Det kan därför vara av värde att detta nämns i anestesi personalens riktlinjer och att vikten av det förklaras. Mer forskning på området omvårdnad för anestesi personalen kring kejsarsnitt behövs. Ett större samarbete mellan personalen i operationssalen kan också vara av stort värde.

Ett absolut mål borde vara att familjen kan vårdas tillsammans om det inte finns några hinder för detta. Det är troligt att många av sjukhusen som är med i studien tillåter att modern och barnet vårdas tillsammans men att det inte står något om det i anestesis riktlinjer. Klara riktlinjer för var patienten skall ta vägen efter operationen bör finnas även för anestesi. Även här är samarbete mellan arbetsgrupperna viktigt för att få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt.

Sammanfattningsvis har anestesisjuksköterskan ett stort ansvar när det gäller patientens välbefinnande och hälsa. För att kunna sköta det ansvaret på bästa sätt behövs riktlinjer att luta sig mot. Riktlinjerna som finns idag inriktar sig mycket på de behandlingar som skall göras men utesluter i många fall omvårdnaden. Stora förbättringsmöjligheter finns här som skulle kunna leda till att många förlossningsupplevelser skulle kunna bli en positiv händelse istället för en negativ.

Behandlingar

Resultatet visade att det var en bred spridning på de rekommendationer som fanns i riktlinjerna på sjukhusen i Sverige och att många inte var förankrade i evidensbaserad medicin. Skillnaden mellan riktlinjerna och de enskilda områdena var stor.

I fyra av riktlinjerna användes morfin som enda tillsats till lokalbedövningsmedlet vid spinalbedövning trots att forskning visar på en icke adekvat smärtlindring under

ingreppet (Braga et al. 2012, s. 775). Det känns inte som ett säkert sätt att använda sig av enbart morfin som tillsats då risken finns att kvinnan kan börja uppleva smärta. Kvinnan borde få vara smärtfri och det är trots allt en av anestesijuksköterskans viktigaste uppgifter. Det var 92 % av riktlinjerna som använde sig av en tillsats av opioid i spinalbedövningen. Tillsatsen av opioid kan leda till illamående och kräkningar. Illamående och kräkning både under och efter förlossningen är ett lidande för kvinnan och hennes familj. Det kan också orsaka svårigheter för operatören om kvinnan måste kräkas under operationen (Griffiths et al. 2012, s. 3). Trots frekvent användning av opioider vid kejsarsnitt var det bara 25 % av riktlinjerna som tog upp åtgärder för att hantera illamåendet. Valet av läkemedlen som rekommenderades överensstämde med den evidens finns. I England finns en nationell rekommendation att preoperativt försöka förhindra illamående och kräkning vid kejsarsnitt (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2011, s. 20). Även om det inte stod om hanteringen av illamåendet i många av de svenska riktlinjerna som granskats så kan det vara så att det förekommer andra riktlinjer för medicinering mot illamående på kliniken. Det är dock viktigt att det finns med specifikt i anestesis riktlinjer vid kejsarsnitt i spinalbedövning.

Som beskrivet i litteraturoversikten av Habib (2012, s. 388) är inte skillnaderna mellan efedrin och fenylefrin väldigt stora. Dock visar den på skillnader där fördelarna för fenylefrin väger tyngre. Då det finns evidens för att fenylefrin är det bättre valet bör det användas i första hand för att motverka blodtrycksfall. Det är det mest patientsäkra sättet att arbeta efter och vi som hälso-sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att arbeta efter vetenskap. I resultatet framställs det att 42 % av sjukhusen enbart använde sig av en kristalloid vätska för att parera blodtrycksfallet efter en spinalbedövning. En anledning kan som Ngan (2010, s. 307) påpekar i sin studie vara att kostnaden för kolloida lösningar oftast är större än för kristalloida lösningar, som är relativt billiga. En annan anledning till varför enbart kristalloida lösningar används oftare än kolloida lösningar, kan vara risken för allergiska reaktioner. En fallstudie av Vercauteren, Coppejans och Sermeus (2003, ss. 859-860) beskriver ett fall där en patient med HELLP syndrom fick den kolloida lösningen hydroxietylsterkelse inför ett kejsarsnitt i spinalbedövning. Patienten utvecklade en svår allergisk reaktion och kejsarsnittet fick skjutas fram. Då fall som detta finns beskrivet kan det vara en anledning till att sjukhusen valt att enbart använda kristalloida lösningar. I de riktlinjer som undersöktes var det 45.5 % som antingen hade rekommenderat enbart kolloid lösning eller en kombination av kristalloid och kolloid lösning. Fler studier som undersöker effekten av att ge en kombination av lösningarna efterfrågas.

I nästan hälften av riktlinjerna saknas det uppgifter kring användandet av antibiotika vid kejsarsnitt. Forskning visar på att om antibiotika ges före hudincisionen sker en minskning av infektioner och inga studier har kunnat påvisa att det skulle ge några konsekvenser för barnet (Kaimal et al. 2008, ss. 310e.2-310e.3). Saknaden av studier kring påverkan på barnet kan vara en orsak till att några sjukhus väljer att ge antibiotikan efter avnavlingen av barnet. Faktumet att det saknas uppgift i elva riktlinjer är ändå anmärkningsvärt med tanke på infektionsrisken. I tre riktlinjer skulle antibiotika endast administreras vid akuta kejsarsnitt men en litteraturoversikt av Smaill och Gyte (2010, s. 16) visade att det finns lika stora fördelar med att administrera antibiotika vid akuta som vid elektiva kejsarsnitt. Anledningen till en mer restriktiv antibiotika

användning vid elektiva kejsarsnitt skulle kunna vara p.g.a. den ökade antibiotikaresistensen.

Riktlinjernas kvalitet

Det fanns en stor spridning i kvaliteten hos riktlinjerna i studien. Vissa enskilda riktlinjer höll ganska god kvalitet men flertalet av dem hade en genomgående låg kvalitet.

Enligt Svensk Förening för Obstetrisk Anestesi och Intensivvårds (SFOAI) riktlinjer för hur god och säker vård inom obstetrisk anestesi och intensivvård bör vara uppbyggd, är ett av kvalitetskraven att ha ett kliniköverskridande samarbete med patienten i fokus (Ledin Eriksson, Birgisdottir, Hein, Häggström, Karlsson, Kjellqvist, Levin och Rådström 2012). När vårdpersonal följer en riktlinje utan att veta vilken profession redaktörerna tillhör borde det kännas opålitligt. Vården vid kejsarsnitt inbegriper inte bara en individ, utan också ett nyfött barn och ofta en förälder ytterligare. För att tillgodose familjens medicinska hälsa och välbefinnande, bör olika yrkeskategorier hjälpas åt. Om riktlinjerna skulle utformas och utvecklas av flera olika relevanta yrkeskategorier med bl. a. barnmorskor, anestesiologer och anestesijuksköterskor, skulle en mer övergripande vård kunna ges till patienten och hennes barn med ett mer positivt efterförlopp.

I SFOAI riktlinjer för obstetrisk anestesi och intensivvård (Ledin Eriksson et al. 2012) står det att målet är att ge optimal vård med god patientsäkerhet genom vetenskap och beprövad erfarenhet. Det står även att rutiner ska uppdateras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I patientsäkerhetslagen (2010:659) står det dessutom att hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta efter beprövad erfarenhet och vetenskap. Det har i studiens riktlinjer varit svårt att urskilja om rekommendationerna varit evidensbaserade eller varit resultatet av gamla erfarenheter. Riktlinjerna har varierat på många rekommendationer och om alla riktlinjer var evidensbaserade borde inte skillnaden blivit så stor som den blev i studien. Kejsarsnitt är ett ingrepp med risker för både modern och barnet och mer energi borde läggas på att de rekommendationer som ges är förankrade i evidensbaserad medicin. Det har forskats mycket på området kring kejsarsnitt senaste åren och det är viktigt att hålla sig uppdaterad med de nya rönen som hela tiden dyker upp. Riktlinjerna i studien har i låg utsträckning utförts på ett sådant sätt som gör det lätt för läsaren att se var evidensen i rekommendationerna kommer ifrån. Det är ett område där stora förbättringar behöver göras för att öka kvaliteten på riktlinjerna.

När det gäller målpopulationen blir det självklart i många riktlinjer att det gäller kvinnor som skall genomföra ett kejsarsnitt. Fäderna har dock också en självklar roll vid födseln av deras barn och även dem har ett behov av omvårdnad. Studien av Gungor och Beji (2007, s. 223) visade att fadern kan vara ett stöd för mamman och studien av Johansson, Hildingsson och Fenwick (2013, ss. 3-4) visade att fäderna kunde uppleva stress, nervositet och panikkänslor. Det behovet pratas det inte mycket om och det finns inte mycket forskat kring ämnet.

Det är av vikt att det framgår vid vilket tillstånd rekommendationerna gäller för. Som ett exempel kan rekommendationerna för blodtryckshantering vid kejsarsnitt för en kvinna med havandeskapsförgiftning behöva vara annorlunda än för dem utan. En studie av Clark, Sharwood-Smith och Stewart (2005, s. 10) undersökte skillnaden i mängden givet efedrin mellan kvinnor med havandeskapsförgiftning och friska vid kejsarsnitt i spinalbedövning. I studien framkom det att mängden givet efedrin var signifikant lägre för kvinnorna med havandeskapsförgiftning. Detta visar att det finns skillnader emellan grupperna och att det i riktlinjerna kan vara viktigt att den skillnaden framkommer. På sjukhusen kan det finnas enskilda riktlinjer för de olika tillstånden. Det är då viktigt att det framkommer i riktlinjerna.

Redaktionell självständighet togs inte upp i någon riktlinje. Det är en del som bör finnas med. Det kan exempelvis finnas läkemedelsföretag som har ett intresse av att deras produkt nämns i riktlinjerna. Det kan påverka rekommendationerna om någon från utvecklingsgruppen har ett samarbete med företaget.

I England har NICE (2012, s. 4,24) tagit fram nationella riktlinjer vid kejsarsnitt. Tanken med det är att ge alla sjukhus evidensbaserade råd angående kejsarsnitt. I riktlinjerna tar de bland annat upp omvårdnadsområden som vikten av hud mot hud kontakt. Det verkar vara en god idé att det finns en nationell myndighet som kan göra jobbet för sjukhusen. Det skulle då bara vara för sjukhusen att titta på de nationella riktlinjerna när de framställer sina egna riktlinjer. Några liknande nationella riktlinjer för kejsarsnitt finns inte i Sverige.

SLUTSATS

Riktlinjerna för anestesi vid kejsarsnitt i spinalbedövning i Sverige har både en stor spridning i sin kvalitet och i sina evidensbaserade rekommendationer. Behovet av omvårdnad hos både modern och fadern finns men forskningen i ämnet är begränsad. I ett fåtal av studiens riktlinjer finns viss omvårdnad beskriven. Den är dock knapphändig. I riktlinjerna bör sjukhusen fokusera mer på evidensbaserad omvårdnad. Det gäller områden som att uppmuntra till närvaro av en partner, ge kontinuerlig information till föräldrarna och uppmuntra hud mot hud kontakt. Vid framställningen av rekommendationerna bör utöver beprövad erfarenhet även systematiska sökningar efter den senaste forskningen göras. De bör uppdateras ofta och det skall framgå hur framställningen av rekommendationerna gått till. I framställningen av riktlinjer kan instrumentet AGREE II med fördel användas som en hjälp.

Studien visar att anestesijuksköterskan har en viktig roll vid kejsarsnitt när det gäller kvinnan och hennes partners välbefinnande. Det gäller både omvårdnad och de behandlingar som utförs. Studien belyser att det finns brister i de riktlinjer som anestesijuksköterskorna arbetar efter vid kejsarsnitt. Riktlinjerna brister avseende kvaliteten, uppdateringen och innehållet av omvårdnaden. Patienten kan som resultat av detta bli lidande och förbättringar i riktlinjerna kan öka vårdens kvalitet.

REFERENSER

AGREE-samarbetet (2001) *Bedömning av Riktlinjer för Forskning & Utvärdering AGREE instrumentet.*

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10702/2003-119-1_20031191.pdf [2013-04-18]

AGREE Next Steps Consortium (2009). *The AGREE II Instrument*, <http://www.agreetrust.org/> [2013-05-02]

Anwari, J. & Anwari, K. (2010). Etiquette during spinal anaesthesia for caesarean section: The mother's expectations. *The Internet Journal of Anesthesiology*, 22(2) DOI: 10.5580/1354 Tillgänglig: Cinahl.

Bang, Y.S., Chung, K-H., Lee, J. H., Hong, S-K., Choi, S.H., Lee, J.-Y., Lee, S-Y. & Yang, H.J. (2012). Comparison of clinical effects according to the dosage of sufentanil added to 0.5% hyperbaric bupivacaine for spinal anesthesia in patients undergoing caesarean section. *Korean Journal of Anesthesiology*, 63(4), ss. 321-326.

Bayes, S., Fenwick, J. & Hauck, Y. (2012). "Off everyone's radar": Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. *Midwifery*, 28(6), ss. e900-e909.

Braga, A.A., Frias, J.A.F., Braga, F.S., Pereira, R.I.C. & Titotto, S.M.M. (2013). Spinal anesthesia for elective caesarean section. Use of different doses of hyperbaric bupivacaine associated with morphine and clonidine. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 28(1), ss. 26-32.

Braga, A.A., Frias, J.A.F., Braga, F.S., Potério, G.B., Hirata, E.S. & Torres, N.A. (2012). Spinal Anesthesia for Cesarean Section. Use of Hyperbaric Bupivacaine (10 mg) Combined with Different Adjuvants. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(6), ss. 775-787.

Bhattacharya, S., Ghosh, S., Ray, D., Mallik, S. & Laha, A. (2013). Oxytocin administration during caesarean delivery: Randomized controlled trial to compare intravenous bolus with intravenous infusion regimen. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 29(1), ss. 32-35.

Boij, R. (2012). *Kejsarsnitt*. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Kejsarsnitt/> [2013-06-05]

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, AS., Ransjö-Arvidson, AB., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widström, AM. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), ss. 97-109.

- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, DB., O'brien, B. & Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth*, 37(1), ss. 44-49.
- Clark, V.A., Sharwood-Smith, G.H. & Stewart, A.V.G. (2005). Ephedrine requirements are reduced during spinal anaesthesia for caesarean section in preeclampsia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 14(1), ss. 9-13.
- Cluver, C., Novikova, N., Hofmeyr, G.J. & Hall, D.R. (2013). Maternal position during caesarean section for preventing maternal and neonatal complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD007623. DOI: 10.1002/14651858.CD007623.pub3.
- Cyna, A.M., Andrew, M., Emmett, R.S., Middleton, P. & Simmons, S.W. (2006). Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD002251. DOI: 10.1002/14651858.CD002251.pub2.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande – I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dyer, R.A., Reed, A.R., Van Dyk, D., Arcache, M.J., Hodges, O., Lombard, C.J. & Greenwood, J. (2009). Hemodynamic effects of ephedrine, phenylephrine, and the coadministration of phenylephrine with oxytocin during spinal anesthesia for elective cesarean delivery. *Anesthesiology*, 111(4), ss.753-765.
- Elliot-Carter, N. & Harper, J. (2012). Keeping mothers and newborns together after cesarean. *Nursing for Women's Health*, 16(4), ss. 290-295.
- Eriksson, C. & Nilsson, C. (2009). Förlossningsrädsla. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur, ss. 62-64.
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), ss. 105-114.
- Fawcett, J., Aber, C., Haussler, S., Weiss, M., Taylor Myers, S., Hall, J.L., Waters, V.L., King, C., Tarkka, M.-T., Rantanen, A., Astedt-Kurki, P., Newton, J. & Silva, V. (2011). Women's Perceptions of Caesarean Birth: A Roy International Study. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), ss. 352-362.
- Gizzo, S., Patrelli, T.S., Gangi, S.D., Carrozzini, M., Saccardi, C., Zambon, A., Bertocco, A., Fagherazzi, S., D'Antona, D. & Nardelli, G.B. (2013). Which uterotonic is better to prevent the postpartum hemorrhage? Latest news in terms of clinical efficacy, side effects, and contraindications: A systematic review. *Reproductive Sciences*, 00(0), ss1-9.

Griffiths, J.D., Gyte, G.M.L., Paranjothy, S., Brown, H.C., Broughton, H.K. & Thomas, J. (2012). Interventions for preventing nausea and vomiting in women undergoing regional anesthesia for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD007579. DOI: 10.1002/14651858.CD007579.pub2.

Gungor, I. & Beji, NK. (2007). Effects on fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), ss. 213-231.

Habib, AS. (2012). A review of the impact of phenylephrine administration on maternal and neonatal outcomes in women undergoing cesarean delivery under spinal anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 114(2), ss. 377-390.

Harten, J.M., Boyne, I., Hannah, P., Varveris, D. & Brown, A. (2005). Effects of a height and weight adjusted dose of local anaesthetic for spinal anaesthesia for elective Caesarean section. *Anaesthesia*, 60(4), ss. 348-353.

Hedenskog, C., Liljeroth, E., Madsen-Rihlert, C., Nilsson, U.G., Wennström, B., Andersson, I., Björkman Björkelund, K., Nilsson, R., Sandh, Stenman, H.O & Wedahl, B. (2012). *Kompetensbeskrivning leg sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård* (Kompetensbeskrivning). Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening.

Herishanu-Gilutz, S., Shahar, G., Schattner, E., Kofman, O. & Holcberg, G. (2009). On becoming a first-time mother after an emergency Caesarean section A journey from alienation to symbolic adoption. *Journal of Health Psychology*, 14(7) ss. 967-981.

Hildingsson, I. (2009). Kejsarsnitt. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur, ss. 350-364.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, J. & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.

Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur, ss. 245-302.

Irestedt, L., Halldin, M. & Lindahl, S. (2011). Obstetrisk analgesi och anesthesi. I Halldin, M. (red.) & Lindahl, S. *Anesthesi*. Stockholm: Liber, ss. 431-444.

Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J. (2013). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*. DOI: dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.midw.2012.09.009 [epubl. innan tryckning]

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I. & Hildingsson, I. (2012). Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), ss. 11-20.

Johansson, M., Rådestad, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2010). Few fathers-to-be prefer caesarean section for the birth of their baby. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(6), ss. 761-764.

Kaimal, A.J., Zlatnik, M.G., Cheng, Y.W., Thiet, M.P., Connatty, E., Creedy, P. & Caughney, A.B. (2008). Effect of a change in policy regarding the timing of prophylactic antibiotics on the rate of postcesarean delivery surgical-site infections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(3), ss. 310.e1-310.e5.

Ledin Eriksson, S., Birgisdottir, B., Hein, A., Häggström, M., Karlsson, O., Kjellqvist, N., Levin, K. & Rådström, M. (2012). *Riktlinjer för obstetrisk anestesi och intensivvård*. [http://sfai.se/files/11-4%20Obstetrisk anestesi-och%20intensivv%C3%A5rd_organisation%20.pdf](http://sfai.se/files/11-4%20Obstetrisk_anestesi-och%20intensivv%C3%A5rd_organisation%20.pdf) [2013-05-08]

Lee, J.H., Chung, K.H., Lee, J.Y., Chun, D.H., Yang, H.J., Ko, T.K. & Yun, W.S. (2011). Comparison of fentanyl and sufentanil added to 0.5 % hyperbaric bupivacaine for spinal anesthesia in patients undergoing cesarean section. *Korean Journal of Anesthesiology*, 60(2), ss. 103-108.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2011). *Caesarean section: NICE clinical guideline*. 2nd Edition. London:RCOG Press.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). *Caesarean section* (NICE clinical guideline 132). Manchester: NICE

Ngan Kee, W.D. (2010). Prevention of maternal hypotension after regional anaesthesia for caesarean section. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23(3), ss. 304-309.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2002). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Perris, C. (1996). *Ett band för livet – Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi*. Borås: Natur och Kultur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (RFSL) (u.å.). *Bemötande av hbt-personer i vården*. <http://www.rfsl.se/halsa/?p=1542> [2013-06-05]

Rowe-Murray, H.J. & Fisher, J.R.W. (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(10), ss. 1068-1075.

Shende, D., Cooper, G.M. & Bowden, M.I. (1998). The influence of intrathecal fentanyl on the characteristics of subarachnoid block for caesarean section. *Anaesthesia*, 3(7), ss. 706-710.

Siddik-Sayyid, S.M., Nasr, V.G., Taha, S.K., Zbeide, R.A., Shehade, J.M.A., Al Alami, A.A., Mokadem, F.H., Abdallah, F.W., Baraka, A.S. & Aouad, M.T. (2009). A randomized trial comparing colloid preload to coload during spinal anesthesia for elective cesarean delivery. *Anesthesia and Analgesia*, 109(4), ss. 1219-1224.

Smaill, F.M. & Gyte, G.M.L. (2010). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD007482. DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub2.

Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011 – Assisterad befruktning 1991–2010* (Rapport 2013:03). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda* (Statistikdatabas 2013:05). Stockholm, Socialstyrelsen.

Somera, M.J., Feeley, N. & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), ss. 2824-2831.

Souza, J.P., Gülmezoglu, A.M., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B. & Ruyan, P. (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO global survey on maternal and perinatal health. *BMC Medicine*, 8, ss. 71-71.

Velandia, M., Matthisen, A.S., Ulvnäs-Moberg, K. & Nissen. (2010). Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective caesarean section. *Birth*, 37(3), ss. 192-201.

Vercauteren, M.P., Coppejans, H.C. & Sermeus, L. (2003). Anaphylactoid reaction to hydroxyethylstarch during cesarean delivery in a patient with HELLP syndrome. *Anesthesia and Analgesia*, 96(3), ss. 859-861.

Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon I., Azulay, H., Kuint, J. & Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of infant, and mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health*, 13(6), ss. 505-513.

Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, A-K., Starrin, B. & Larsson, G. (2010). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), ss. 1168-1177.

World Health Organization (WHO). (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. (Riktlinjer WHO 2013). Geneva: World Health Organization.

Hej,

Vi är två anesthesisjuksköterskestudenter från Borås högskola och vi genomför en studie på hur anestesis riktlinjer för kejsarsnitt ser ut på Sveriges sjukhus. Vi tittar på både elektiva, akuta och urakuta riktlinjer.

Vi försöker få tag på så många klinikers riktlinjer som möjligt och undrar om er klinik möjligtvis kan skicka era riktlinjer till oss? Deltagande är självklart frivilligt och det enda ni behöver göra är att skicka era riktlinjer till antingen någon av våra mejladresser eller på posten enligt adressen nedan.

Hälsningar

Hilda Descombes
hilda_des@hotmail.com
0733-143921

Joakim Lundbäck
joakim.lundback@vgregion.se
0707-765269
Joakim Lundbäck
Jörgensgatan 6b
41670 Göteborg

Handledare Borås Högskola
Thomas Eriksson / Universitetslektor
Thomas.Eriksson@hb.se
033-4354782