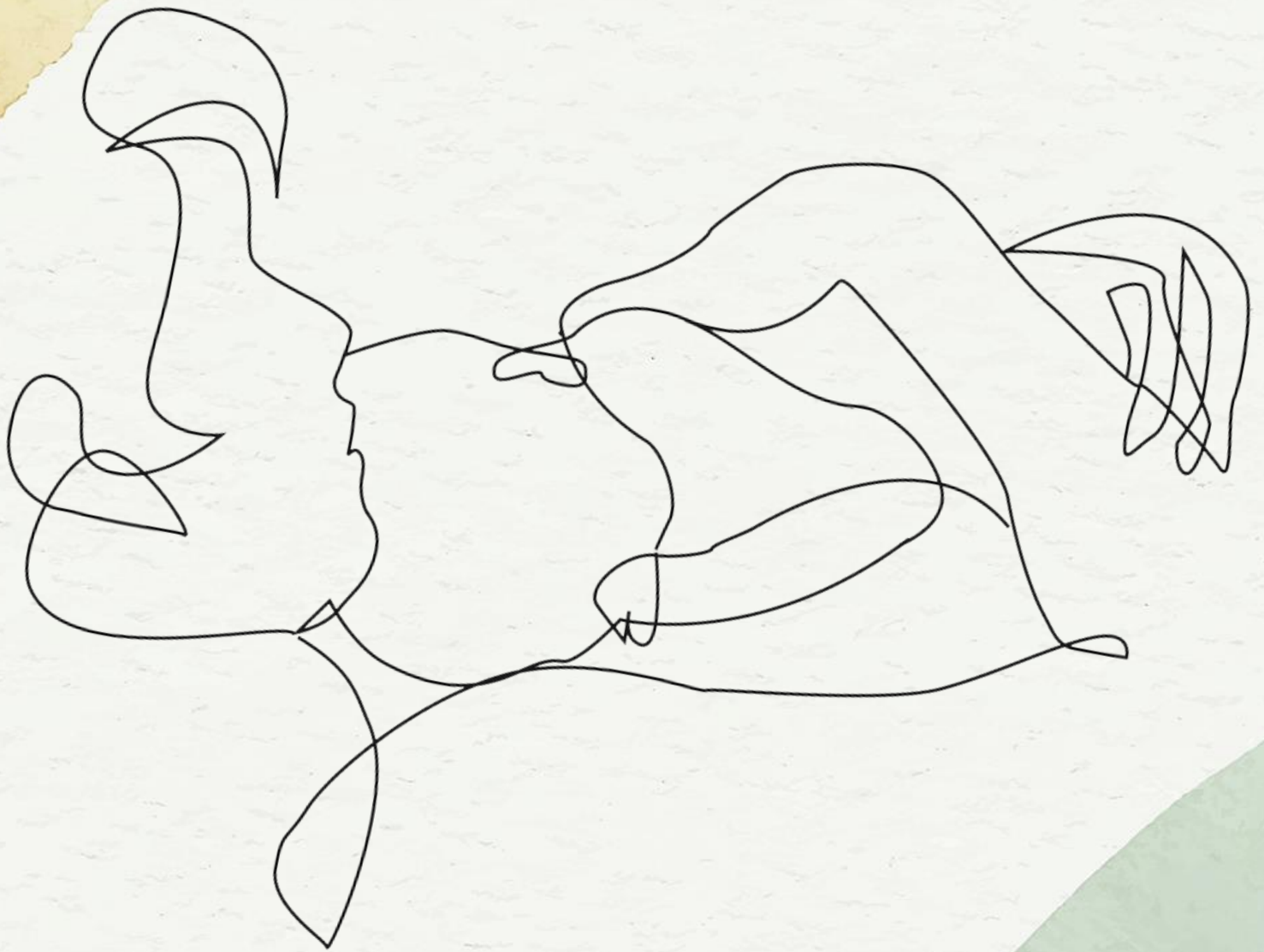


# Tør vi lade vær'?

Et litteraturstudie af fundustrykket post partum



Anna Johanne Duelund Hansen

Cathrine Højlund Finger

Heidi Vibe Frederiksen

Bachelorprojekt, april 2020

Vejleder Margrethe Nielsen

Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Projektets omfang: 104.106 anslag

*Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole*

## Resumé

Dette projekt undersøger fundustrykket post partum ved følgende problemformulering: *Hvilken evidens og hvilke rationaler ligger til grund for jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum, når blødning og kontraktionsgraden af uterus vurderes hos den ukomplicerede fødende?* Dette er undersøgt gennem en kritisk gennemgang og vurdering af en videnskabelig artikel samt en fortolkende analyse af 18 obstetriske lærebøger. I lærebøgerne fandt vi seks rationaler bag praksis, hvor vi i den videnskabelige artikel fandt en tvivlsom evidens på området, med ingen signifikante resultater. Det konkluderes, at fundustrykket post partum på nuværende tidspunkt, hverken kan verificeres eller falsificeres som god praksis.

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Problemstilling</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Problemformulering</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Begrebsafklaring</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Metode</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Videnskabsteoretiske overvejelser</b>	<b>7</b>
4.1.1	Naturvidenskab som et videnskabsteoretisk udgangspunkt	7
4.1.2	Falsifikationismens hypotetisk-deduktive metode	8
4.1.3	Hermeneutik som et videnskabsteoretisk udgangspunkt	9
4.1.4	Naturvidenskaben og hermeneutikken mødes	9
<b>4.2</b>	<b>Forforståelse</b>	<b>10</b>
<b>4.3</b>	<b>Søgestrategi</b>	<b>11</b>
4.3.1	Søgestrategi for videnskabelige forskningsartikler	11
4.3.2	Søgestrategi for obstetriske lærebøger	12
<b>4.4</b>	<b>Præsentation af videnskabelig artikel</b>	<b>12</b>
<b>4.5</b>	<b>Præsentation af obstetriske lærebøger</b>	<b>13</b>
<b>4.6</b>	<b>Analysestrategi</b>	<b>16</b>
4.6.1	Analysestrategi til Analysedel 1: Gennemgang af videnskabelig artikel	16
4.6.2	Analysestrategi til Analysedel 2: Fortolkning af obstetriske lærebøger	17
<b>5</b>	<b>Analyse</b>	<b>18</b>
<b>5.1</b>	<b>Baggrundsviden: Fysiologien bag puerperiet</b>	<b>18</b>
<b>5.2</b>	<b>Analysedel 1: Gennemgang af videnskabelig artikel</b>	<b>19</b>
5.2.1	Formål	20
5.2.2	Metaanalysens søgestrategi	20
5.2.3	Statistisk analyse	20
5.2.4	Inklusion- og eksklusionskriterier	21
5.2.5	Bias	21
5.2.6	Validitet og reliabilitet	22
5.2.7	Gennemgang af metaanalysens resultater	24
5.2.8	Delkonklusion	25
<b>5.3</b>	<b>Analysedel 2: Fortolkning af obstetriske lærebøger</b>	<b>25</b>
5.3.1	Skemaoversigt over jordemoderens håndtering af uterus i efterperioden	25
5.3.2	Ansvarlighed	28
5.3.3	Omsorg	30
5.3.4	Kroppen kan selv	31

5.3.5	Forsigtighed .....	32
5.3.6	Udtømning af uterus.....	34
5.3.7	Forebyggelse .....	35
5.3.8	Delkonklusion på analysedel 2 .....	38
<b>5.4</b>	<b>Sammenfatning af analysedel 1 og 2 .....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>39</b>
6.1	Videnshul .....	40
6.2	Mesterlære .....	41
6.3	Evidensbaseret medicin .....	41
6.3.1	Patientens præferencer og informeret samtykke .....	42
6.4	Naturlig oxytocin.....	43
6.5	Rygdækning.....	43
6.6	Risiko.....	45
6.6.1	En historisk udvikling .....	45
6.6.2	Kvindens valg eller sundhedssystemets valg? .....	46
6.7	Metodekritik .....	47
<b>7</b>	<b>Konklusion .....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>Bilag.....</b>	<b>54</b>
9.1	Bilag 1: Søgestreng.....	54
9.2	Bilag 2: Systematisk gennemgang af metaanalysen via checklisten.....	54
9.3	Bilag 3: Projektets analyse af bias fra metaanalysen.....	59
9.4	Bilag 4: Metaanalysens biasoversigt (figur 1).....	61
9.5	Bilag 5: Metaanalysens primære outcome (figur 2).....	63
9.6	Bilag 6: Metaanalysens resultater (tabel 1) .....	64
9.7	Bilag 7: Systematisk tekstkondenseringskema .....	64

# 1 Problemstilling

Som jordemoderstuderende er vi ofte blevet spurgt: ”Har du trykket 1 og 2 timer pp?”. Udtrykket høres jævnligt på de danske fødegange, og dækker over det rutinetjek en jordemoder foretager 1 og 2 timer post partum. Vi har erfaret, at dette indebærer at observere kvindens almentilstand, måle blodtryk og puls samt at udføre et moderat til hårdt tryk på fundus uteri, samtidig med at observere for blødning. Vi oplever, at denne praksis gælder alle fødende, også de som har født ukompliceret og ikke er i risiko for post partum blødning.

Trykket på uterus oplever vi som smertefuldt for kvinden, hvilket ofte kommer til udtryk verbalt, samt ved kvindens skærende ansigtsgrimasser. Grundet smerterne har vores oplæring endda bestået i at måle blodtryk og puls forud for trykket, da de vitale værdier ellers kan stige på grund af smerten. Derudover er det ofte forstyrrende, da vi afbryder familiens værdifulde stunder. Det kan være en begyndende ammeetablering, en tiltrængt lur eller kvindens første måltid efter et langt og opslidende fødselsforløb. Den store forstyrrelse oplever vi ikke, når vi måler blodtryk og puls, men derimod når vi trykker på uterus. At vi som kommende jordemødre udfører noget rutinemæssigt, som er forstyrrende for familien, i særdeleshed kvinden, ønsker vi at undersøge nærmere og derigennem blive klogere på, hvordan og hvorfor dette tryk er opstået, som en rutineundersøgelse post partum.

Generelt er der i dag et stigende krav til at plejen og behandlingen i sundhedssektoren skal være af høj kvalitet (Fjordside, 2019, s. 142). Dette fremgår ligeledes af Sundhedslovens §2: *“Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for ... behandling af høj kvalitet”* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Den viden, der ligger bag de sundhedsprofessionelles praksis skal være bygget på den bedst tilgængelige evidens, for at give brugeren af ydelsen en god behandling (Fjordside, 2019, s. 142). Graviditet, fødsel og barsel er den hyppigste sundhedsydelse i Danmark, som 55-60.000 familier årligt er i berøring med (Mikkelsen, 2014). Med denne viden finder vi det yderst relevant, at vi som kommende jordemødre er med til at kvalitetssikre og yde den bedste behandling for familierne. Vi er derfor blevet nysgerrige på, hvordan vi udfører den bedste behandling post partum.

I dag er opfattelsen inden for sundhedsvæsenet at god praksisudøvelse er evidensbaseret, men sådan har det ikke altid været. Det kan ses som et paradigmeskift inden for det sundhedsprofessionelle område, hvor den viden, der ligger til grund for god praksisudøvelse er gået fra *erfaringsbaseret* til *evidensbaseret* (Fjordside, 2019, s. 143). Evidensbaseret praksis består af tre elementer som udgør

ekstern evidens, individuel klinisk erfaring og patientens præferencer (ibid.). Iain Chalmers, Murray Enkin og Marc Keirse udgav i 1989 opslagsværket *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, som opsummerer den mest pålidelige evidens bag behandlinger i forbindelse med graviditet, fødsel og tiden lige efter fødslen. Her beskrives rutinemæssige observationer i dagene efter fødslen, som temperatur, puls, blodtryk, fundus' højde samt observationer af lokkier. Her konkluderer de, at denne behandling er forsvarlig, hvis kvinderne er i risiko for blødning eller infektion, men det er svært at retfærdiggøre som en rutinebehandling til alle barslende kvinder. De argumenterer for, at det er upassende at bruge mange ressourcer i form af denne screening, når ingen undersøgelser har evalueret evidensen (Chalmers, Enkin & Keirse, 1989, s. 1340). I dette opslagsværk beskrives, at der er et presserende behov for systematiske undersøgelser af maternelle screeninger efter fødslen (ibid.). Vi ønsker i projektet at tage fat i dette behov, og vil derfor undersøge problematikken nærmere.

For blot få årtier siden udførte jordemødre ud fra bedste overbevisning kliniske handlinger, som vi i dag ikke anser som hensigtsmæssige. Et eksempel på en sådan praksis, er anvendelse af såkaldt *universel elektiv episiotomi* på alle nullipara, som fødte vaginalt i Danmark fra 1960'erne (Stehouwer & Kindberg, 2008). Denne praksis blev kritiseret i 80'erne, senere afskaffet, og i dag er det helt uhørt at anlægge profylaktisk episiotomi rutinemæssigt. Dette er blot ét eksempel, hvor praksis har ændret sig over relativ kort tid grundet nyere forskning. På hospitalerne hører vi, som jordemoderstuderende, både obstetrikere og jordemødre nævne, at der med stor sandsynlighed i dag udføres kliniske handlinger, som vi om få årtier kommer til at ryste på hovedet over, fordi vi til den tid har en bedre viden om vores praksis, end den vi har i dag.

I Region Hovedstadens elektroniske vejledningssystem, VIP-portalen, finder vi en vejledning fra Amager og Hvidovre Hospital omhandlende *Den normale fødsel*. Under punktet "Kvinden post partum" findes følgende: "*Almentilstand, BT, puls, kontraktion af uterus og blødningsmængde observeres 1 time og 2 timer post partum*" (Amager og Hvidovre Hospital, 2019). Andre fødesteder i regionen beskriver alle omtrent det samme under deres vejledninger post partum, uden nærmere beskrivelse af, hvordan uterus observeres. Som sagt har vi erfaret, at jordemødre giver kvinderne et moderat til hårdt tryk af fundus uteri samtidig med at bindet tjekkes for blødning. Nogle jordemødre kugler uterus forud for trykket for at stimulere til kontraktion, lige inden de trykker eventuel blødning ud fra kaviteten. Det gør sig også gældende for kvinder, som har født ukompliceret med en tilladelig blødning. Modstridende til vores praksiserfaring, finder vi i et skriv, *Partus Normalis*, omhandlende den normale fødsel på Nordsjællands Hospitals hjemmeside. Heri står følgende: "*Moderens*

*almentilstand, uterus kontraktion samt blødning observeres. Der kugles og trykkes kun, hvis der er blødning eller manglende kontraktion af uterus” (Nordsjællands Hospital, u.å.). Dette mener vi, er bemærkelsesværdigt når vi som jordemoderstuderende i høj grad har erfaret og bliver oplært i at udføre et moderat til hårdt tryk rutinemæssigt, når vi vurderer uterus’ kontraktion og blødning.*

Vi ønsker derfor at undersøge evidensen og den obstetriske udvikling der ligger bag praksis, så vi som kommende jordemødre står tilbage med en større forståelse af trykket på fundus uteri 1 og 2 timer post partum. Vi vil med følgende problemformulering forsøge at belyse denne praksis.

## 2 Problemformulering

*Hvilken evidens og hvilke rationaler ligger til grund for jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum, når blødning og kontraktionsgraden af uterus vurderes hos den ukomplicerede fødende?*

## 3 Begrebsafklaring

I det følgende afsnit vil vi kort afklare hvad der mener, når vi anvender følgende begreber gennem projektet.

**Aktiv forløsning af placenta:** Ved aktiv forløsning forstås i dette projekt, at der gives profylaktisk oxytocin ved første skuldres forløsning, og udføres et kontrolleret træk i navlesnoeren, samt jordemoderen har en hånd på fundus uteri.

**Efterbyrdsfasen:** Også kaldet *Fødselens tredje stadie* eller *Efterbyrdsperioden*. Forstås som perioden fra barnet er forløst, til placenta med hinder er forløst, uterus er velkontraheret og vaginal blødning er under kontrol.

**Efterperioden:** Vi vil i dette projekt bruge begrebet om den tid, som ligger efter efterbyrdsfasen, hvor kvinden observeres 1 og 2 timer post partum, og indtil hun og familien udskrives til barselsgangen eller hjemmet.

**Fundustryk:** I dette projekt menes det moderate til hårde tryk jordemoderen foretager, når kontraktionsgraden af uterus samt blødning vurderes i efterperioden.

**Post partum haemorrhage:** På dansk post partum blødning, i projektet forkortet PPH. Vi definerer, ligesom Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, post partum blødning som blødning  $\geq 500$  ml. (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2017b).

**Rationale:** I den danske ordbog, beskrives rationale som: “*sagligt underbygget grundlag for en bestemt opfattelse, beslutning, undersøgelse el.lign.*” (Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, 2018). I projektet definerer vi et rationale som en faglig og fornuftsmæssig begrundelse, som ligger bag en handling.

**Den ukomplicerede fødende:** I dette projekt undersøges det rutinemæssige fundustryk, der udføres på ukomplicerede fødende. Dermed menes, kvinder der har født helt ukompliceret, og *ikke* er i risiko for PPH. På trods af, at kvinderne *har* født, beskrives de som fødende i dette projekt, fordi vi mener, at praksis 1 og 2 timer post partum er forbundet med fødslen.

## 4 Metode

For at besvare problemformuleringen vil vi for det første, finde den bedst tilgængelige evidens på området, ved en kritisk analyse af en videnskabelig artikel. Herefter vil vi med henblik på at forstå rationale bag praksis, foretage en analyse af obstetriske lærebøger, som har været anvendt på jordemoderskolen de sidste 123 år. Dette metodeafsnit indeholder vores videnskabsteoretiske overvejelser, forforståelse, søgestrategi, præsentation af empiri samt analysestrategier.

### 4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

I dette afsnit redegøres for vores videnskabsteoretiske ståsted, hvor vi i projektet positionerer os både inden for naturvidenskaben og humanvidenskaben. Yderligere redegøres for, hvordan disse mødes i projektet og sammen kan nuancere svaret på problemformuleringen. I de kommende tre afsnit vil vi redegøre for ovenstående.

#### 4.1.1 Naturvidenskab som et videnskabsteoretisk udgangspunkt

I dette afsnit redegøres der for vores naturvidenskabelige udgangspunkt. Vi inddrager Karl Poppers falsifikationsteori, og redegør for hvordan denne opfattelse kan bidrage til en forståelse af fænomenet fundustryk post partum.



Når vi i dette projekt behandler et naturvidenskabeligt fænomen, arbejdes der ontologisk ud fra at virkeligheden er objektiv. Ved objektivitet stræbes efter en neutral beskrivelse af, hvordan tingene foreligger (Thisted, 2015, s. 30). Epistemologisk erkender vi videnskaben, som en objektiv beskrivelse af en lovmæssig sammenhæng, der er kvantificerbar. Ifølge Popper rummer denne videnskab dog antagelsens karakter, hvilket uddybes i næste afsnit. Den lovmæssige sammenhæng kommer i projektet til udtryk, når vi forsøger at opnå kvantificerbar viden og finde en årsagsforklaring mellem fundustryk post partum og blødning.

#### **4.1.2 Falsifikationismens hypotetisk-deduktive metode**

Karl Popper (1902-1994), som var professor i videnskabsfilosofi, fremstiller viden med en antagelse om dens fejlbarlighed, som et opgør med rationalismen og empirismen (Thisted, 2015, s. 43). Han opstiller sin egen videnskabsteoretiske retning *fallibilisme* indenfor naturvidenskaben. Her forstås viden som foreløbig og åben for korrektioner. Viden kan ikke endegyldigt verificeres, men bygger på antagelser, der rummer den mulighed, at de kan vise sig at være fejlagtige (ibid.). Da vi vil undersøge den viden, der ligger til grund for nuværende praksis, ud fra forståelsen af Poppers videnskabsteori om falsifikationisme, erkender vi, at viden indenfor jordemoderfaget har og fortsat er i konstant udvikling.

Al forskningsvirksomhed er ifølge Popper baseret på visse grundlæggende hermeneutiske forudsætninger. Ved observation har vi nemlig altid en række tematiserede antagelser med os, som vi fortolker og observerer ud fra, ligesom de forudsætninger der arbejdes med i hermeneutikken (Gilje, 2012, s. 53). Summen af disse antagelser og forventninger kaldte han for forventningshorisonten. Denne ændrer sig hele tiden, men ingen forsker eksisterer uden denne forventningshorisont (Gilje, 2012, s. 54). Forskningen vil altså altid i mere eller mindre grad være påvirket af forskerens antagelser og forventninger. For Popper vil videnskabelige fremskridt opfattes som forkastelser af fejllopfattelser, hvor der i hermeneutikken bygges videre på det, vi ved, ved at nuancere og komplementere vores opfattelser (Gilje, 2012, s. 54).

Den videnskabelige fremgangsmåde om hypotetisk deduktiv metode bygger ifølge Popper på det forhold, at vores opstillede hypoteser er falsificerbare, og det videnskabelige arbejde bygger på en kritisk undersøgelse af de fremsatte hypoteser (Thisted, 2015, s. 44).

I lyset af vores forventningshorisont kan vi i dette projekt identificere et problem: *Hvordan skal jordemødre undersøge den ukomplicerede fødende kvinde, når blødning og kontraktionsgraden af uterus vurderes post partum?* For at få svar på sådanne spørgsmål må man formulere gæt eller hypoteser om, hvad der kan være årsagen. Som eksempel kunne vi anvende følgende hypotese: *Det*

*har en tvivlsom effekt på forebyggelsen af PPH, at jordemoderen udfører et fundustryk på den ukomplicerede fødende kvinde 1 og 2 timer post partum.* Hvis det ikke lykkedes at falsificere hypotesen, må den betragtes som bestyrket. Hvis hypotesen derimod bliver falsificeret, afkræftes den, og vi står derfor i en ny situation, med den nye viden vi har fået (Thisted, 2015, s. 45).

### **4.1.3 Hermeneutik som et videnskabsteoretisk udgangspunkt**

For at undersøge rationalerne bag jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum, går vi fortolkende til værks, da vi forsøger at forstå baggrunden for praksis gennem tiden ved en analyse af obstetriske lærebøger. Derfor er det nærliggende, at vi orienterer os inden for humanvidenskaben, herunder hermeneutikken.

Ordet hermeneutik stammer fra det græske sprog og betyder at tolke eller at fortolke (Thisted, 2015, s. 48). Hermeneutikken er en videnskabsfilosofisk retning, hvor ærindet er at forsøge at skabe en forståelse af tendenser eller forhold, som går forud, og på den måde tydeliggøre en mening af det som undersøges. Dette gøres gennem fortolkning (ibid., s. 49).

Det grundlæggende fortolkningsprincip består i, at for at forstå helheden, må man forstå det enkelte, og for at forstå det enkelte, må man forstå helheden. Dette betegnes også som den hermeneutiske cirkel. Der er altså et gensidigt dialektisk forhold mellem det enkelte og helheden (Thisted, 2015, s. 51). Da vi ønsker at forstå de rationaler, der ligger til grund for jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum, må vi altså forsøge at forstå helheden af denne praksis, ved at dykke ned i det enkelte. Her kan vi forstå jordemoderens praksis, som helheden og dele af litteraturen som det enkelte og omvendt.

Inden for moderne hermeneutik udvider den tyske filosof Wilhelm Dilthey den hermeneutiske cirkel ved at inddrage en historisk dimension. Han betragter nemlig den enkelte tekst som en tankegang, der har gjort sig gældende for en bestemt periode. Man må derfor forsøge at fortolke ud fra den historiske kontekst, for at opnå den rette forståelse af teksten (Thisted, 2015, s. 53). Vi betragter, derfor de udsagn vi finder i lærebøgerne, som tankegange der har gjort sig gældende inden for obstetrikens historie, og kan være relevante for jordemoderens praksis i dag.

### **4.1.4 Naturvidenskaben og hermeneutikken mødes**

Inden for hermeneutikken opfattes det, at naturvidenskaben beskæftiger sig med lovmæssige realiteter - sammenhænge som er uafhængige af menneskelige forhold. Humaniora betragtes derimod som en videnskab, der beskæftiger sig med menneskelige forhold, hvor der arbejdes med en

*forstående* metode, hvor naturvidenskaben arbejder med en *forklarende* metode (Thisted, 2015, s. 54). Med andre ord, kan man sige, at hermeneutikken arbejder ud fra en ontologi, hvor den sociale virkelighed opfattes som grundlæggende forskellig fra den naturvidenskabelige, da virkeligheden opfattes som et fortolkningsspørgsmål. Epistemologisk arbejdes der ud fra en videnskabelig erkendelse af, at den sociale verden forstås som en fortolkning, der altid kan betragtes som usikker og åben for diskussion (Juul, 2012, 110).

Inden for hermeneutikken redegøres der for, at forskeren ikke står overfor den verden, der skal fortolkes, men selv er en del af denne. Derfor er det essentielt, hvordan man som forsker forstår verdenen, inden man går til den (Juul, 2012, s. 111). I næste afsnit redegøres for vores forforståelse, da denne ligger til grund for projektets hermeneutiske analyse. Dette mener vi kan ses som et kritikpunkt, da forforståelsen har indflydelse på vores fortolkning. Vi erkender dermed, at hvis en anden gruppe jordemoderstuderende skrev samme bachelorprojekt, ville de om muligt komme frem til et anderledes svar end vores, da deres forståelse af verdenen ville være anderledes.

Når vi arbejder inden for både den naturvidenskabelige og den humanvidenskabelige metode, mener vi, at vi har mulighed for at nuancere problemstillingen. For når natur- som humanvidenskabelig viden bygger på henholdsvis antagelsen og fortolkningens karakter, og dermed betragtes som generelt foranderlig, kan det bidrage med nye nuancer af viden og rationaler bag praksis 1 og 2 timer post partum.

## **4.2 Forforståelse**

Som beskrevet i vores problemstilling, har vi en oplevelse af, at fundustrykket post partum er en forstyrrende og smertefuld episode for den nybagte mor og hendes familie. Vi mener derfor, at det er relevant at sætte spørgsmålstejn ved denne praksis. Under vores uddannelse på jordemoderstudiet bliver vi ofte konfronteret med, at obstetrikken i høj grad er et fag i udvikling, hvor praksis hele tiden ændrer sig. Gennem tiden er der ydet behandlinger, som har været unødvendige og ikke baseret på evidens. Vi har blandt andet derfor en forståelse af, at fundustrykket post partum på ukomplicerede fødende kvinder, måske kan være endnu et eksempel på dette. Yderligere indebærer vores forforståelse ligeledes at jordemoderfaget generelt bærer præg af, at det er et mesterlærefag. Hvilket betyder at vi ofte viderefører den praksis, vi ser vores kontaktjordemødre udføre, uden altid at sætte spørgsmålstejn herved.

Vi stiller spørgsmålstejn ved, om jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum er et billede på, at fødende ofte overbehandles og at dele af fødslen er blevet medikaliseret. Vi har en stærk overbevisning om, at kvinder, som har født ukompliceret og som ikke er disponerede for PPH, bliver udsat for medikalisering ved fundustrykket post partum. Vi er derfor interesserede i at undersøge, om behandlingen post partum kan udføres mere skånsomt og mindre smertefuldt, men uden at gå på kompromis med evidens og patientsikkerhed.

## 4.3 Søgestrategi

I dette afsnit redegøres der for projektet søgestrategi, med henblik på at finde empiri, der kan belyse problemstillingen bedst muligt.

### 4.3.1 Søgestrategi for videnskabelige forskningsartikler

For at besvare vores problemformulering, har vi søgt videnskabelige artikler, via en systematisk litteratursøgning i form af bloksøgning. En bloksøgning effektiviserer og strukturerer arbejdet med de valgte søgeord, ved at organisere dem i tematiske blokke, som afdækker forskellige aspekter indenfor det område, der ønskes undersøgt (Aarhus Universitet, 2020). Vi fandt i fællesskab søgeord ved at diskutere, hvad vi forstår og associerer med vores problemformulering. Disse søgeord opsatte vi i følgende bloksøgningsskema og har derfra tilrettelagt en søgestrategi forud for litteratursøgningen.

Fundal pressure	A	Post partum	A	Post partum
OR	N	OR	N	haemorrhage
Uterus massage	D	Postpartum	D	OR
OR		Or		Pain
Uterus contraction		Postpartum period		OR
OR		Or		Discomfort
External uterin pressure		4th stage of labour		
		OR		
		Puerperium		

Vi valgte at søge i databaserne PubMed, CINAHL og ClinicalTrials.gov. Vi ønskede dermed at variere søgningen ved både at søge efter kvantitative og kvalitative studier samt både igangværende og afsluttede. Vi afgrænsede os hverken af sprog, publikationstype eller udgivelsesår. Vi fandt søgningen i PubMed mest relevant, da søgning i de andre databaser ikke fremkom med yderligere relevante studier. Der redegøres derfor kun for søgningen i PubMed herunder.

Ved kombination af alle sektioner fra vores bloksøgningsskema fremkom 0 artikler. For at udvide søgningen, brugte vi færre søgeord, og brugte følgende: *fundal pressure*, *uterus massage* og *external pressure*. Her fremkom 566 hits. For at indskrænke søgningen yderligere tilføjede vi følgende søgeord: *postpartum* og *post partum*. Her fremkom 124 hits, se bilag 1 på side 53 for søgestreng. Vi gennemgik disse og udvalgte 12 mulige relevante artikler. De samme 12 dukkede ligeledes op på vores søgestreng med de 566 hits, som vi gennemgik for at udelukke, yderligere relevante artikler. Vi orienterede os i de 12 artiklers abstracts, og ekskluderede otte på grund af manglende relevans for projektet. Dette lod os tilbage med fire hits, som bestod af to metaanalyser, samt et debatoplæg og et kinesisk RCT. Debatindlægget ekskluderede vi, da det ikke var et videnskabeligt studie. Vi kiggede derfor nærmere på de to metaanalyser. Den ene, som var fra 2013, ekskluderede vi, da den blot indeholdt to ud af tre RCT-forsøg, hvoraf alle tre var inddraget i den anden metaanalyse som var fra 2017. Det kinesiske RCT-studie ekskluderede vi, da det var en del af den nyeste af metaanalyserne. Derfor valgte vi den videnskabelige artikel "*Uterine massage as a part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials*" (Saccone et al, 2017).

#### **4.3.2 Søgestrategi for obstetriske lærebøger**

For at undersøge hvilke rationaler, der ligger bag fundustrykket post partum, har vi søgt efter obstetriske lærebøger, som har været anvendt på jordemoderuddannelsen i Danmark gennem tiden. Udvalgelsen af lærebøgerne har vi fundet med assistance fra lektor, Margrethe Nielsen, på jordemoderuddannelsen i København og vi fandt 18 relevante lærebøger, der spænder fra tidsperioden 1903-2020. Vi har udvalgt obstetriske lærebøger, da de indeholder beskrivelser af jordemoderens handlinger post partum, som er relevant viden for vores problemformulering. Det var ikke muligt at fremskaffe gamle pensumlister, hvilket kunne have underbygget vores valg af empiri udover vores lektor. Det kan kritiseres, at vi ikke inddrog flere kilder, for at få et større perspektiv på lærebøger med mulig relevans. Andre lærebøger kunne eventuelt have bidraget med andre rationaler, som kunne have været med til at besvare vores problemformulering. De udvalgte lærebøger beskrives i afsnittet *Præsentation af obstetriske lærebøger*.

#### **4.4 Præsentation af videnskabelig artikel**

I dette afsnit præsenteres metaanalysen, som vi har valgt at analysere for at belyse evidensen bag fundustrykket post partum.

Artiklen hedder; *Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials*. Forfatterne bag er, G. Saccone, C. Caissutti, A. Ciardulli, H. Abdel-Aleem, GJ. Hofmeyr og V. Berghella. De beskriver selv studiet som et systematisk review og metaanalyse i titlen, men den er beskrevet som et “commentary” ved udgivelsen i tidsskriftet BJOG “An international Journal of Obstetrics and Gynaecology” i august 2017. I dette projekt vil vi referere til den som en metaanalyse.

I metaanalysen undersøges effekten af massage af uterus som led i aktiv forløsning af placenta for at forebygge PPH. Interventionen er altså massage af uterus. Kontrolgruppen modtager ingen massage. De har inkluderet 3 randomiserede kontrollerede forsøg (RCT). To fra Egypten hvoraf det ene er fra 2006 med 200 deltagere, og det andet fra 2010 med 1302 deltagere, samt et fra Kina fra 2013 med 2340 deltagere. I alt dækker metaanalysen altså 3842 kvinder. Metaanalysens primære outcome er PPH, defineret som *blodtab  $\geq 500$  ml*, hvor det sekundære outcome udgjorde *blodtab  $\geq 300$  ml,  $\geq 400$  ml og  $\geq 1000$  ml* samt *yderligere brug af uteruskontraherende midler og fastsiddende placenta*. Selv om metaanalysen ikke direkte undersøger fundustrykket 1 og 2 post partum, mener vi alligevel, at den kan fortælle os noget om effekten af, når man kugler eller trykker på uterus.

## 4.5 Præsentation af obstetriske lærebøger

Dette afsnit præsenterer de 18 obstetriske lærebøgers titler i kronologisk rækkefølge, og indledes med den bog der udkom først. Ud for hver lærebog vil forfatterne bag lærebøgerne ligeledes blive præsenteret.

\* betyder at forfatteren er beskrevet tidligere i skemaet.

År	Titel	Forfatter	Hvem er forfatteren(e)
1903	<i>Lærebog i Jordemoderkunsten</i>	Leopold Meyer	Dr. Med, professor, overaccouchør
1915	<i>Lærebog i Fødselshjælpen, bind I: Det normale Svangerskab, Fødsel og Barselsseng.</i>	Leopold Meyer	*
1938	<i>Haandbog for Jordemødre</i>	Erik Hauch	Dr. Med., Professor ved Jordemoderskolen i København

1958	<i>Obstetrik med henblik på almen praksis 2. oplæg</i>	Mogens Ingerslev	Dr. Med Professor i Gynækologi og Obstetrik ved Aarhus Universitet
1964	<i>Ars Pariendi</i>	Dyre Trolle	Professor i Obstetrik ved Rigshospitalet
1975	<i>Textbook for midwives (engelsk)</i>	Margaret F. Myles	Jordemoder og underviser i Skotland samt USA
1977	<i>Obstetrik med henblik på almen praksis</i>	Mogens Ingerslev	*
1979	<i>Obstetrik/gynækologi basisbog</i>	Jørgen Falck Larsen  Ole Asbjørn  Tove Schmidt	Professor, overlæge, dr.med   Praktiserende læge  Overjordemoder
1983	<i>Obstetrik/gynækologi, basisbog</i>	Jørgen Falck Larsen  Tove Schmidt	*  *
1992	<i>Baillieres midwifery dictionary</i>	Betty R. Sweet	Senior lektor på Jordemoderstudiet, Royal College of Midwives London UK
1993	<i>Obstetrik och gynækologi klinisk praxis och teoretisk bakgrund (svensk)</i>	Sam Brody	Professor, dr.med Gyn/obs
1997	<i>Obstetrik</i>	Jørgen Falck Larsen  Johannes E. Bock  Wiggo Fischer- Rasmussen  Bent Ottesen	*  Professor, overlæge, dr.med gyn/obs  Professor, overlæge, dr.med gyn/obs

		Lars Mølsted Pedersen  John Phillip  Niels Jørgen Secher  Jes G. Westergaard	Professor, overlæge, dr.med gyn/obs  Lektor, overlæge, dr.med Føde- og gyn afd.  Professor, overlæge dr. med Føde- og gyn afd.  Professor, overlæge gyn/obs  Professor, overlæge, dr.med gyn/obs
2002	<i>Obstetrik</i>	Jørgen Falck Larsen  Kristjar Skajaa  Jes Grabow Westergaard	*  Overlæge, lektor, ph.d gyn/obs  *
2010	<i>Jormorboka Ansvar, funksjon og arbeidsområde (norsk)</i>	Anne Brunstad  Eva Tegnander	Jordemoder, cand.polit  Jordemoder, dr. philos, førsteamanuensis ved det medicinske fakultet
2012	<i>Ars Pariendi</i>	Jette Led Sørensen  Bent Ottesen  Tom Weber	Professor i interprofessionel læring *  Overlæge gyn/obs
2012	<i>Mayes' midwifery (engelsk)</i>	Sue Macdonald        Julia Magill- Cuerden	Uddannelses- og forskningsmanager, overjordemoder for uddannelse, Royal College of Midwives, London    Uddannelsesjordemoder, PhD, Thames Valley University University, London



		Cathy Warwick	Professor, CBE, General Secretary of the Royal College of Midwives, London
2017	<i>Jordmorboka Ansvar, funksjon og arbeidsområde (norsk)</i>	Anne Brunstad Eva Tegnander	* *
2020	<i>Ars Pariendi</i>	Jette Led Sørensen Marianne Johansen Tom Weber Bent Ottesen	* MD, PhD, MSHC-CML * *

## 4.6 Analysestrategi

Vores analyse består af to dele, hvoraf analysedel 1 består af en kritisk analyse af den videnskabelige artikel, og analysedel 2 dækker over den fortolkende analyse af de obstetriske lærebøger. I dette afsnit redegøres der for analysestrategien bag disse.

### 4.6.1 Analysestrategi til Analysedel 1: Gennemgang af videnskabelig artikel

For at analysere og vurdere kvaliteten af metaanalysen har vi anvendt en checkliste til metaanalyser udarbejdet af Center for Kliniske Retningslinjer. Centeret har til formål at fastslå, hvad der kan regnes for sikker, kvalificeret viden (Center for Kliniske Retningslinjer, u.å.). Checklisten (Center for Kliniske Retningslinjer, 2004b) har vi brugt som et systematisk redskab for at foretage en grundig graduering af forskellige evalueringskriterier og støttet os op af dokumentet, *Noter til SfR checkliste af systematiske oversigtsartikler og metaanalyser* (Center for Kliniske Retningslinjer, 2004a). Vi har desuden anvendt supplerende litteratur, for at give os en bedre forståelse af fagbegreber i vores analyse, og har benyttet os af bogen *Evidensbaseret Medicin* af Inger Bak Andersen og Peter Matzen (2014) samt *Klinisk forskningsmetode* af Torben Jørgensen, Erik Christensen og Allan Linneberg (2016).

I metaanalysen opstiller forskerne 7 bias-typer, der ifølge Cochrane, er essentielle (Saccone et al., 2017). For bedre at kunne forstå disse bias-typer og gennemskue forskernes evaluering af dem, har vi brugt *Cochranes Risk of Bias Tool for Randomized Controlled Trials* (National Library of

Medicine, u.å.). Ved brugen af disse analytiske redskaber, har vi kunnet lave en kritisk gennemgang af metaanalysen og overordnet vurdere, om vi kan stole på evidensen bag studiet. Det er først og fremmest, når denne er vurderet, at vi kan anvende studiet resultater, til at sige noget om den viden, der ligger bag massage af uterus post partum. Checklisten fremgår af bilag 2 på side 53.

#### 4.6.2 Analysestrategi til Analysedel 2: Fortolkning af obstetriske lærebøger

Ved analyse af de 18 lærebøger har vi anvendt systematisk tekstkondensering beskrevet af Kirsti Malterud (2011). Hun beskriver, at i første trin af analysemetoden må man skabe sig et helhedsindtryk af teksten, og blive kendt med materialet og heraf opdele det i temaer (Malterud, 2011, s. 98-99). Dette har vi gjort ved at skabe overblik over lærebøgernes indhold, og derfra i fællesskab diskuteret, hvilke kapitler, der kunne have relevans for vores undersøgelse. Vi har på denne måde tematiseret ud fra kapitlerne omhandlende: *Efterbyrdsfasen*, *Efterperioden*, *Barselsperioden* samt *Blødning post partum*. Vi fandt det relevant at inddrage efterbyrdsfasen som kapitel, selvom den ikke umiddelbart omhandler efterperioden, som vi undersøger. Dette har vi gjort, da efterbyrdsfasen og efterperioden i lærebøgerne ofte er beskrevet i forlængelse af hinanden. Derudover antager vi, at den måde efterbyrdsfasen håndteres og dennes udvikling, kan have indflydelse på efterperioden. Vi inddrager desuden kapitler omhandlende PPH, da vi vil undersøge om fundustrykket optræder heri som forebyggende behandling.

Næste trin i metoden, systematisk tekstkondensering, består i at udvælge tekst som omhandler de udvalgte temaer. På denne måde systematiseres meningsfulde enheder i teksten og fremstilles som koder (Malterud, 2011 s. 101). De koder vi fandt, fremgår af nedenstående skema i første kolonne.

Lærebog	
Håndtering af efterbyrdsfasen	
Beskrivelser af efterperioden/involution	
Jordemoderens rolle i efterperioden	
Forebyggelse og behandling af PPH	

Malterud (2011) beskriver, at for at skabe overblik over meningsfulde enheder i teksten i forhold til problemstillingen, skal man sortere og organisere data i kodegrupper (s. 104). Dette har vi skabt ved at organisere og sortere de 18 lærebøger ud fra ovenstående skema.

Vi fandt i fællesskab koderne (præsenteret i skema) ud fra temaerne (kapitlerne), hvorefter vi fordelte lærebøgerne ligeligt imellem os, og udledte hver især de meningsfulde enheder i teksten. Disse

indsatte vi i skemaets anden kolonne. Herved anvendte vi metodens næste trin kondensering, hvor man arbejder med at skabe mening ud fra koden. Kondensering består i at indfange de meningsfulde enheder i teksten ved at omformulere dem, og således skabes mening heraf (ibid., s 405). Vi omformulerede således de meningsfulde enheder, for at tydeliggøre meningen bag. Malterud (2011) beskriver dette som et kondensat - et kunstigt citat. Kondensatet beskrives som et artefakt forankret i dataene, som skal indeholde de konkrete meningsfulde enheder, ved at omsætte dem til en mere generel form (ibid., s. 106).

På baggrund af de tre trin af denne metode, har vi udarbejdet et tekstkondenseringsskema, som fremgår som bilag 7 på side 63.

Fjerde trin i metoden består af en sammenfatning. Kondensaterne skal sammenfattes i form af genfortællinger, som kan være grundlag for nye beskrivelser eller begreber, der kan deles med andre (Malterud, 2011, s. 107). Denne del af metoden bestod for os, i at diskutere og sammenfatte de meningsfulde enheder i teksten. Heraf udledte vi seks rationaler, som vi mener kan ligge til grund for praksis 1 og 2 timer post partum. Herefter gik vi i dybden med hvert enkelt rationale og sammenfattede en genfortælling, og på denne måde skabte nye beskrivelser.

Vi har anvendt denne metode for at overskueliggøre indholdet i de obstetriske lærebøger, for at tydeliggøre sammenhænge, forskelle og udvikling af praksis post partum gennem tiden.

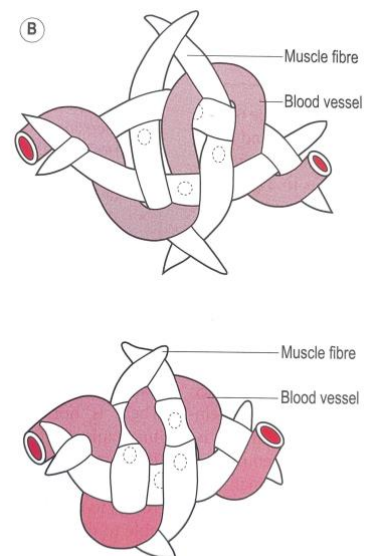
Da vi undersøger obstetriske lærebøger helt tilbage fra 1903, har vi underbygget analysen med viden om den historiske udvikling af obstetrikken. Her har vi anvendt historikeren Anne Løkkes studie af den danske obstetriske praksis i relation til perinatal og maternal dødelighed fra 1917 frem til 1967 kaldet "*The antibiotic transformation of Danish obstetrics. The hidden links between the decline in perinatal mortality and maternal mortality in the mid-twentieth century*" (Løkke, 2012).

## 5 Analyse

### 5.1 Baggrundsviden: Fysiologien bag puerperiet

I dette afsnit vil vi redegøre for fysiologien bag puerperiet med fokus på tiden lige efter placentas forløsning. Denne viden mener vi er relevant, for at forstå de processer, der foregår i uterus, når en kvinde går fra at bære et barn samt placenta til at uterus er tom. Dette kan give os et mere nuanceret billede, når vi skal analysere os frem til, hvilke rationaler, som ligger bag et fundustryk 1 og 2 timer post partum.

Spiralarterier åbnes i forbindelse med placenteringen og bliver omdannet til store blodkar, som ikke har evnen til at trække sig sammen og som leverer blod fra mor til placenta (Brunstad & Tegnander, 2010, s. 331). Her cirkulerer 500 ml blod gennem placenta pr. minut (ibid., s. 431). Når uterus ikke længere indeholder barn og placenta vil hele uterus kontrahere sig, så dens vægge mødes og ligger tæt op ad hinanden igen (Coad & Dunstall, 2012, s. 364). Dette foregår ved at de glatte muskelfibre i myometriet kontraheres under påvirkning af oxytocin, som udskilles fra hypofysens baglap. Derved sammensnøres spiralarterierne fra placentastedet og hindrer videre blødning (Brunstad & Tegnander, 2010, s. 538). Se billede 1.



Billede 1: Afklemning af blodkar  
(Coad & Dunstall, 2012, s. 364)

Omkring en time efter fødslen vil myometriet afslappes en smule, men yderlig blødning er forebygget ved at kroppen danner hæmostase. Tre forhold sørger for hæmostase: iskæmi ved nedsat blodforsyning i forhold til vævets behov, pres på uterin væggen samt koagulering (Coad & Dunstall, 2012, s. 364).

Kontraktion af uterus fremmes af efterveer og er oftest stærkest lige efter fødslen og i forbindelse med amning på grund af udskillelsen af oxytocin. Efterveerne aftager gradvist over 4-7 dage (Brunstad & Tegnander, 2010, s. 539). Uterus formindskes hurtigt, gennemsnitligt 1 cm dagligt. På tiende dagen post partum skulle den ikke længere være mulig at palpere over symfyen (Coad & Dunstall, 2012, s. 365). Hvor hurtig involutionensprocessen foregår varierer dog fra kvinde til kvinde (Brunstad & Tegnander, 2010, s. 539).

## 5.2 Analyzedel 1: Gennemgang af videnskabelig artikel

Denne del af projektets analyse, er en kritisk gennemgang og vurdering af metaanalysen: "Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials". Denne er tidligere præsenteret i afsnittet, Præsentation af videnskabelig artikel. Vi vil i dette afsnit præsentere artiklens *Formål*, *Metaanalysens søgestrategi*, *Statistisk analyse*, *Inklusion- og eksklusionskriterier*, *Bias*, *Validitet* og *reliabilitet* samt *Gennemgang af metaanalysens resultater*.

### 5.2.1 Formål

Metaanalysens formål er at undersøge effekten af uterusmassage, som led i aktiv forløsning af placenta for at forebygge PPH. Uterusmassage er et simpelt omkostningsfrit indgreb, derfor mener forfatterne af metaanalysen, at effekten er vigtig at undersøge. Desuden begrundes forfatterne, at dette er relevant at undersøge, fordi den hyppigste årsag til mortalitet blandt fødende er PPH (Saccone et al., 2017).

### 5.2.2 Metaanalysens søgestrategi

For at få størst muligt indblik i den eksisterende forskning omkring uterusmassage, har forfatterne bag metaanalysen afsøgt emnet. De har søgt i syv forskellige elektroniske databaser (MEDLINE, Scopus, ClinicalTrials.gov., EMBASE, Sciencedirect, the Cochrane Library at CENTRAL register of controlled trials og Scielo). Søgningen begrænsede sig til kliniske forsøg, og lod sig ikke begrænse af sprog eller geografiske restriktioner. De søgeord som de anvendte var: *PPH, cesarean, caesarean, delivery, labor, labour, postpartum hemorrhage, bleeding, general anesthesia, morbidity, mortality, review, oxytocin, effectiveness* og *guidelines* (Saccone et al., 2017). Ud fra denne søgning fandt og udvalgte de tre RCT-studier. I forhold til forfatternes formål og heraf problemstilling, mener vi, at deres søgeord har givet dem en meget bred søgning som effektivt afdækker emnet. Dette viser at uterusmassage generelt er et fænomen i obstetrikken, hvor der ikke er udgivet meget forskning. Dette pointerer forfatterne bag metaanalysen ligeledes selv (ibid.).

### 5.2.3 Statistisk analyse

Den statistiske analyse af de tre RCT-studier blev udført i programmet Review Manager v. 5.3. Metaanalysen blev gennemført ved hjælp af en random effects-model (RE-model) (Saccone et al., 2017), som afbalancerer vægten mellem studierne i metaanalysen. Metaanalysen beskriver ligeledes, at RE-modellen yderligere har bidraget til at producere Mean Difference (MD) og Relativ Risiko (RR) med 95% Konfidensinterval (CI) (ibid.). Gennem RE-modellen tager man blandt andet højde for heterogenitet (Jørgensen, Christensen & Linneberg, 2016, s. 138). Heterogeniteten blev målt ved brug af Higgins  $I^2$ , hvor vurderingen af heterogenitet mellem studierne er høj, hvis  $I^2 \geq 50\%$  (Saccone et al., 2017). Heterogenitet anvendes ved metaanalyser, hvor der undersøges for forskelligheder i stikprøverne og denne kan svække eller forhindre muligheden for at foretage en metaanalyse (Andersen & Matzen, 2014, s. 221).

#### 5.2.4 Inklusion- og eksklusionskriterier

Der er i metaanalysen inkluderet alle publicerede, ikke publicerede samt igangværende RCT-studier, som sammenligner uterusmassage både før og efter forløsning af placenta i forbindelse med spontan vaginal fødsel (Saccone et al., 2017). Der er kun inkluderet tal fra RCT-studierne, hvor der er givet profylaktisk oxytocin og foretaget kontrolleret træk i navlesnoren i forbindelse med placentas forløsning, da disse procedurer er betragtet som standardbehandling og bevist at have effekt for at forebygge PPH (ibid).

De tre RCT-studier inkluderer singleton gravide med spontan vaginal fødsel. Ingen af dem inkluderede sectio, operative vaginale forløsninger, malpræsentationer eller flerfoldsgraviditeter.

#### 5.2.5 Bias

Bias er en systematisk afvigelse mellem de fundne resultater og de sande resultater eller mangler i et undersøgelsesdesign eller udførelse (Andersen & Matzen, 2014, s. 218). Andersen og Matzen (2014) beskriver at en fordel ved RCT-designet er, at forsøgspersonerne fordeles efter et tilfældighedsprincip (randomisering) og derved undgår man systematisk skævvridning af data, altså bias. Da studiedesignet bag metaanalysen bygger på RCT-studier, er der herved allerede mindsket risiko for bias, da kvinderne i studierne er randomiseret. Kvinderne fra de respektive RCT-forsøg fordeles via randomisering, hvor de enten modtager uterusmassage (interventionsgruppe) eller ikke modtager uterusmassage (kontrolgruppe).

Metaanalysen oplyser om mulige bias i deres metodeafsnit i underafsnittet ”*Risk of bias*” (Saccone et al., 2017). Forfatterne har undersøgt de tre RCT-studier enkeltvis for bias ved de kriterier, der opstilles i *Cochranes Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (ibid). De inddeler syv essentielle typer af bias som fremgår af figur 1 af bilag 4 på side 60, hvor det fremgår, at hver type af bias bedømmes at have enten lav, uklar eller høj risiko for bias. Det fremgår af bilaget, at alle studierne generelt har mange udfald af høj og uklar risiko for bias, og kun få biastyper vurderes med lav risiko. Vi har gennemgået hver type bias og analyseret, hvilken betydning hver enkelt bias kan have. Gennemgangen af bias er vedlagt som bilag 3 side 58, og kun selektionsbias er inddraget og beskrives herunder.

Metaanalysen vurderer selektionsbias af to typer både *random sequence generation* og *allocation concealment*, hvoraf vi har valgt at inddrage den første. Denne vurderer om metoden bag randomiseringen er tilstrækkelig, for eksempel om randomiseringen er på baggrund af en kuvert eller

computer (lav risiko) eller på baggrund af fødselsår eller hospital (høj risiko) (National Library of Medicine, u.å.). Ifølge bilag 4 fremgår det at to af studierne får angivet uklar risiko for selektionsbias. Dette fordi studierne ikke inddrager sufficient information, til at forskerne bag metaanalysen kan vurdere denne. Det sidste RCT-studie får vurderet lav risiko. At to ud af tre af RCT-studier får uklar risiko for selektionsbias, mener vi mindsker validiteten, da det er ugenomsigtigt hvordan kvinderne i studierne er blevet randomiseret. Hvis randomiseringen bag RCT-forsøg er veludført, er der mulighed for at man kan evaluere effekten af behandlingen og stole på at den rent faktisk skyldes behandlingen og ikke andre medvirkende faktorer, confoundere (Andersen & Matzen, 2010, s. 219). At randomiseringen bag RCT-forsøgene er utilstrækkelig beskrevet, giver os manglende indsigt i om eventuelle confoundere er jævnt fordelt mellem grupperne som modtog massage og kontrolgrupperne og på denne baggrund mener vi, at der er risiko for bias.

## 5.2.6 Validitet og reliabilitet

### 5.2.6.1 Intern validitet

En metaanalyse er en statistisk evaluering fra flere originalarbejder, hvor samme problematik er undersøgt. Det foreligger som en forudsætning, at de anvendte data fra undersøgelserne er homogene (Andersen & Matzen, 2014, s. 222). De medtagne RCT-studier undersøger alle effekten af uterus massage, men interventionen er forskellig i studierne. Interventionen i to af RCT-studierne er 30 minutters sammenhængende uterusmassage, mens den i det sidste RCT-studie er massage hvert 10. minut i 60 minutter. I alle tre studier udføres interventionen transabdominalt, men det beskrives ikke i metaanalysen hvordan massagen udføres. Ved gennemgang af de enkelte RCT-studier fremgår beskrivelser af massagen. Det beskrives i alle studierne at fingrene og hånden stimulerer fundus og resten af uterus med "*steady, repetitive movements*". Desuden starter massagen i et af studierne *efter* placentas forløsning, hvor det i de to andre studier starter *før* placentas forløsning (Abdel-Aleem, Hofmeyr, Shokry, & El-Sonoosy, 2006; Abdel-Aleem et al., 2010; Chen, Chang, Duan, Zhang & Liu, 2013). At massages udføres på forskellige tidspunkter, mener vi svækker validiteten. Ifølge Andersen og Matzen (2014) er validitet et udtryk for hvor metodologisk stringent et forsøg er udført, hvilket mindsker risikoen for bias. Her mener vi, at metaanalysen med fordel kunne have ekskluderet data, hvor massage udføres før placentas forløsning, for at optimere sammenligningsgrundlaget. Dog konkluderer forskerne selv, at denne forskellighed i interventionerne forringer kvaliteten. Metaanalysen har, som tidligere nævnt, en grundig metodisk gennemgang, hvor de udførligt har vurderet syv bias typer, hvilket vi mener, styrker analysens validitet.

Et kritikpunkt af metaanalysen er størrelsen af datamængden, hvilket vi mener påvirker validiteten. Hvis et større antal kvinder end de 3842 deltog, ville det styrke metaanalysens outcome, da vi derved i højere grad kunne udelukke resultatet som en tilfældighed. Metaanalysen forholder sig også selv kritisk til datamængden, og beskriver, at der ikke findes flere studier på området.

#### **5.2.6.2 Ekstern validitet**

Alle kvinder i RCT-studierne modtager profylaktisk oxytocin og kontrolleret træk i navlesnoeren ved placentas forløsning, hvilket stemmer overens med anbefalingerne i dansk praksis (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2017, s. 11). Vi mener derfor, at metaanalysens resultater kan være relevante at overføre til dansk praksis, og dermed vores problemformulering.

De kvinder som indgår i metaanalysen, er fra Egypten og Kina, hvilket svækker den eksterne validitet, da vi formoder at fødekulturen i disse lande kan være forskellig fra den danske. Derudover er interventionen fra RCT-studierne ikke fuldstændig sammenlignelige med den manipulation af uterus vi udfører 1 og 2 timer post partum i dansk praksis, da vi ikke masserer men "blot" trykker/eksprimerer. Vi mener dog alligevel, at metaanalysen er relevant at medinddrage i dette projekt, da den behandling, som undersøges, er mere intervenserende end den danske, og dermed kan bidrage med viden om blødningsmængde med og uden manipulation af uterus post partum.

#### **5.2.6.3 Reliabilitet**

Reliabilitet kaldes også for målenøjagtighed, og det gælder for empiriske og eksperimentelle forsøg, at der stilles krav om reliabilitet (Hansen, 2017). Denne metaanalyses primære og størstedelen af de sekundære outcome er blødningsmængde. Dette er et svært outcome at opsamle og måle på nøjagtigt. Vi mener, at der nemt kan forekomme et for lavt resultat grundet spild eller et øget resultat grundet fostervand, meconium m.m på underlaget. Metaanalysen nævner ikke selv dette, eller om hvordan RCT-studierne har forsøgt at styrke reliabiliteten. Ved gennemgang af de tre medtagne RCT-studier, kan vi i deres respektive metodeafsnit udlede at RCT-studierne, har placeret et underlag under kvinden for at opsamle og veje blødning (Abdel-Aleem et al., 2006; Abdel-Aleem et al., 2010; Chen et al., 2013). Blødningsmængden blev opsamlet i meget forskellige tidsperioder i henholdsvis 30, 60 og 120 minutter (Saccone et al., 2017). Vi mener her, at et RCT-studie der opsamler blødning i 120 minutter i særdeleshed, får en større blødningsmængde, end hvis der blot opsamles blod i 30 minutter. At RCT-studierne opsamler blødning så forskelligt fra hinanden påvirker i høj grad reliabiliteten af metaanalysens resultater.



På baggrund af denne kritiske gennemgang og vurdering af metaanalysen, må vi læse det kommende afsnit om metaanalysens resultater med forsigtighed, da disse resultater bygger på en tvivlsom validitet og reliabilitet.

### **5.2.7 Gennemgang af metaanalysens resultater**

Vi har udvalgt de resultater fra metaanalysen, som vi mener kan være med til at besvare vores ene del af problemformuleringen. Nemlig hvilken evidens, der ligger til grund for jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum.

Metaanalysens primære resultat fremgår af figur 2 af bilag 5 på side 62. Her fremgår det, at 45 ud af 757 kvinder i interventionsgruppen svarende til 5,9 % fik en PPH, sammenlignet med 30 ud af 745 svarende til 4 % i kontrolgruppen. Dette med en RR for PPH når der blev udført uterusmassage på 1,09, 95 % CI 0,33-3,64. Resultatet er ikke signifikant, og vi kan derfor ikke være sikre på om resultatet skyldes tilfældigheder. Heterogeniteten er desuden 73 % blandt undersøgelserne, og er derfor så høj, at populationerne ikke er sammenlignelige.

Derudover måles der på gennemsnitligt blodtab (målt i ml). Heraf fremgår det af tabel 1 af bilag 6 på side 63, at gruppen som modtog massage i gennemsnit, blødte 7,42 ml mere end kontrolgruppen. Hvilket vi mener giver god mening, da mere blødning eksprimeres lettere ved massage, dog er det en minimal gennemsnitlig øget mængde. Heterogeniteten måles til 92 % og er altså meget høj.

Vi mener også, det er interessant at anvende metaanalysens resultater for, hvor mange kvinder, der havde behov for yderligere uteruskontraherende midler end den profylaktiske oxytocin intramuskulært. Vi inddrager dette resultat, da det kan fortælle noget om uterus' evne til kontraktion ved interventionen. Det fremgår af bilag 6 at 251 ud af 1927 kvinder svarende til 13 % havde behov for yderligere uteruskontraherende midler i interventionsgruppen, sammenlignet med 256 ud af 1915 kvinder svarende til 13,4 % i kontrolgruppen. Dette med en RR på 0,98 CI (0,81-1,18). Det betyder, at marginalt flere kvinder havde brug for uteruskontraherende midler i kontrolgruppen, resultatet er dog ikke signifikant. Heterogeniteten er sat til 85 %, og vi må derfor gå ud fra, at populationer ikke er gode at udføre samlet statistik over.

Det sidste resultat vi ønsker at inddrage, er PPH  $\geq$  1000 ml, dette er relevant i dansk kontekst, fordi en svær patologisk PPH er defineret sådan. Det fremgår af bilag 6, at 6 ud af 1927 kvinder svarende til 0,3 % i interventionsgruppen fik en svær PPH, sammenlignet med 9 ud af 1915 svarende til 0,5 % i kontrolgruppen. Her er der altså marginalt flere kvinder som får en svær PPH i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen. Heterogeniteten er sat til 0 %, hvilket rent statistisk vil sige,

at populationerne er mulige at udføre en samlet statistik over. Resultatet er dog ikke signifikant, hvilket fremgår af en RR på 0,66 CI (0,24-1,86).

Vi kan derfor ikke bruge resultaterne til at sige noget endegyldigt om effekten af uterusmassage. Metaanalysen konkluderer ligeledes selv, at der er utilstrækkelig evidens for, om uterusmassage har effekt på forebyggelse af PPH, når der også yderligere gives profylaktisk oxytocin intramuskulært samt kontrolleret træk i navlesnoren (Saccone et al., 2017).

Udover disse medtagne resultater måler metaanalysen på blodtab  $\geq 300$  ml samt  $\geq 400$  ml, forløsning af placenta  $\geq 60$  minutter efter fødsel og behov for manuel placenta fjernelse. Ingen af disse resultater findes signifikante, hvilket fremgår af tabel 1 af bilag 6.

### 5.2.8 Delkonklusion

Metaanalysen fremfører ingen signifikante resultater, hvoraf næsten alle bærer præg af en høj heterogenitet. Forskerne bag metaanalysen pointerer selv, at der er høj risiko for bias i de medtagne RCT-studier, og at interventionerne blandt RCT-studierne ikke er helt sammenlignelige. Dette mener vi svækker metaanalysens validitet. Yderligere er reliabiliteten tvivlsom. På baggrund af analysen konkluderer vi, at evidensen er begrænset og ikke endegyldigt kan fastsætte effekten af massage eller tryk for forebygge PPH, når der også er foretaget aktiv forløsning af placenta.

## 5.3 Analysedel 2: Fortolkning af obstetriske lærebøger

For at forstå hvilke rationaler der ligger bag praksis, har vi valgt at gå historisk til værks, ved analyse af obstetriske lærebøger, for at forsøge at komme nærmere svaret på problemformuleringen. Vi vil i denne analyse præsentere seks rationaler, som vi har fundet gennem analyse og fortolkning af lærebøgerne, som vi mener kan ligge bag jordemoderens praksis post partum. Rationalerne fremstilles i følgende rækkefølge: *Ansvarlighed*, *Omsorg*, *Kroppen kan selv*, *Forsigtighed*, *Udtømning af uterus* og *Forebyggelse*. I hvert afsnit i denne analysedel er uddrag fra bøgerne præsenteret i kronologisk rækkefølge. Først præsenteres et skema med citater fra lærebøgerne, omhandlende jordemoderens konkrete håndtering af uterus post partum, for at skabe overblik for læseren.

### 5.3.1 Skemaoversigt over jordemoderens håndtering af uterus i efterperioden

Af skemaet fremgår de 18 obstetriske lærebøger, hvoraf to<sup>1</sup> ikke forholder sig til uterus post partum, men blot beskriver, at kvinden skal observeres. Tre<sup>2</sup> lærebøger beskriver, at uterus skal palperes eller

---

<sup>1</sup> Hauch, 1938; Brody, 1993

<sup>2</sup> Meyer, 1915; Macdonald, Magill-Cuerden & Warwick, 2012; Brunstad & Tegnander, 2017

håndteres, hvad vi forstår som nænsomt. Fire<sup>3</sup> lærebøger beskriver, at uterus skal kugles og eksprimeres rutinemæssigt. Ni<sup>4</sup> lærebøger beskriver, at uterus skal observeres eller vurderes, men uden anvisning til hvordan.

Lærebog	Jordemoderens håndtering af uterus
Meyer, 1903	<p>“<i>Jordemoderen maa ikke forlade den fødende altfor hurtigt efter Fødselen, men i nogen Tid forblive hos hende for at vaage over, at Livmoderen holder sig sammentrukket ...</i>” (s. 113-114).</p> <p>“<i>Underlivet ombindes med et passende Mavebælte eller Haandklæde eller Lagen ...</i>” (s. 114).</p>
Meyer, 1915	<p>“<i>Er efterbyrden nu født ... da gælder Forbuddet mod at fatte Uterus ikke længere. Nu skal man tværtimod ved at holde på den overbevise sig om, at den er fast sammentrukket og holder sig saaledes. Men man skal holde Haanden stille, ikke gnide eller trykke med mindre man føler at Uterus bliver slap og blød ... Hvor længe den [overvågning] skal fortsættes maa noget afhænge af Omstændigheder, mindre end c. 20 Min. maa det ikke være ... Føles Uterus nu vedblivende fast og haard ... kan man lægge Underlivsbæltet på</i>” (s. 187).</p>
Hauch, 1938	<p>“<i>Efterstadiet. Fødslen er nu egentlig forbi, men i den første Times Tid derefter kræver Patienten dog et nøjere Tilsyn og en vis Behandling ...</i>” (s. 109).</p>
Ingerslev, 1958	<p>“<i>Den første time eller to efter placentas fødsel må kvinden holdes under nøje observation både med hensyn til udvendig blødning og med henblik på uteri størrelse og fundus højde. Herefter vil jordemoderen afslutte behandlingen af normale tilfælde, idet hun kugler og exprimerer uterus samt anlægger stramt bind om underlivet og sterilt forlag for vulva.</i>” (s. 171).</p>
Trolle, 1964	<p>“<i>Denne [efterperioden] udstrækkes almindeligvis til 2 timer, og i dette tidsrum kontrolleres med regelmæssige mellemrum uteri stand og fasthed, det observeres, om der er blødning fra vagina ... Efter de to timers forløb kugles uterus for sidste gang, hvorefter den trykkes ud ...</i>” (s. 58-59).</p>
Myles, 1975	<p>“<i>The uterus should be of cricket-ball consistency, the blood loss normal in amount, the pulse below 90. Should bleeding occur, or if the uterus is believed to contain blood clots, it should be massaged until it contracts, the blood clots expressed ...</i>” (s. 404).</p>
Ingerslev, 1977	<p>“<i>Den første time eller to efter placentas fødsel må kvinden holdes under nøje observation, ... med henblik på uteri størrelse og fundus højde. Herefter</i></p>

<sup>3</sup> Ingerslev, 1958; Trolle, 1964; Ingerslev, 1977; Larsen & Schmidt, 1983

<sup>4</sup> Meyer, 1903; Myles, 1975; Larsen, Asbjørn & Schmidt, 1979; Sweet, 1992; Larsen, 1997; Larsen, Skajaa & Westergaard, 2002; Brunstad & Tegnander, 2010; Sørensen, Ottesen & Weber, 2012; Sørensen, Johansen, Weber & Ottesen 2020

	<i>afslutter jordemoderen normale tilfælde, idet hun kugler og exprimerer uterus...</i> ” (s. 116).
Larsen, Asbjørn & Schmidt, 1979	<i>“De første to timer efter fødslen skal kvinden observeres nøje. Man sikrer sig, at uterus holder sig velkontraheret, og at kvinden ikke bløder.”</i> (s. 99).
Larsen & Schmidt, 1983	<i>“I efterperioden kontrolleres det hyppigt, at uterus er velkontraheret, og at det ikke bløder. Kontrol af blødning foregår ved at uterus »kugles« ved kredsformede gnidninger med fingrene svarende til fundus. Når den er fast kontraheret, trykkes eventuelle koagler ud. Kun på denne måde kan man vurdere blødningens omfang og sikre, at uterus holder sig kontraheret.”</i> (s. 86).
Sweet, 1992	<i>“The mother should not be left for at least an hour following delivery, and the midwife must then be satisfied that the uterus is well contracted ...”</i> (s. 372).
Brody, 1993	<i>“En av de viktigaste åtgärderna i efterbördsskedet är noggrann och kontinuerlig mätning av blodförlusterna”</i> (s. 495).
Larsen, 1997	<i>“Når placenta er kvitteret, sikrer man sig, at uterus kontraherer sig godt, og at der er tilladelig vaginalblødning. ... I denne periode [de første timer efter fødslen] kontrollerer man med hyppige mellemrum, at uterus er velkontraheret, og at det ikke bløder utilladeligt.”</i> (s. 138).
Larsen, Skajaa & Westergaard, 2002	<i>“Når placenta er født, sikrer man sig, at uterus kontraherer sig godt, og at der kun er tilladelig vaginal blødning. ... I denne periode [de første timer efter fødslen] kontrollerer man med jævne mellemrum, at uterus er velkontraheret, og at det ikke bløder utilladeligt.”</i> (s. 132).
Brunstad & Tegnander, 2010	<i>“Observasjoner og funn hos moren som dokumenteres i journalen før overflytting: - blødning - type/behandling - uterus-stand ... ”</i> (s. 436).
Sørensen, Ottesen & Weber, 2012	<i>“I de første timer efter barnets fødsel foretager jordemoderen følgende: - vurdering af uterus' kontraktion og vaginal blødning.”</i> (s. 43).
Macdonald, Magill-Cuerden & Warwick, 2012	<i>“Following delivery of the placenta and membranes, the midwife palpates the women's abdomen to ensure the uterus is well contracted, assesses vaginal blood loss ...”</i> (s. 544). <i>“Ongoing care includes regular examination of the women's abdomen to ensure the uterus remains contracted and observation of the lochia.”</i> (s. 545).
Brunstad & Tegnander, 2017	<i>“Når placenta er forløst, undersøkes den umiddelbart ... . Samtidig palperer jordmor fundus uteri for å forsikre seg om at uterus er godt kontrahert, noe som gjøres jevnlig i observasjonstiden.”</i> (s. 480).

Sørensen, Johansen, Weber & Ottesen, 2020	“Efter fødslen vurderer jordemoderen uteruskontraktion og vaginal blødning.” (s. 59).
---	---

### 5.3.2 Ansvarlighed

Vi vil i dette afsnit præsentere rationalet om jordemoderens ansvarlighed. Afsnittet vil beskrive, hvordan vi analyserer os frem til, at lærebøgerne henvender sig til jordemoderens ansvarlighed. Vi vil desuden inddrage et historisk perspektiv i dette afsnit fra professor Anne Løkke, til at bidrage med viden om den obstetriske udvikling.

I Lærebog i Jordemoderkunsten af Leopold Meyer fra 1903 står der beskrevet, at det er *pålagt* jordemoderen at passe på livmoderens forhold de første par timer efter fødslen (Meyer, 1903, s. 136). Vi mener, at med ordvalget *pålagt*, var det ikke op til den enkelte jordemoder at beslutte, om hun fandt det relevant at observere den barslende kvindes livmoder. Meyer (1903) beskriver desuden, at jordemoderen aldrig må behandle barselsengen med *letsindighed* (s. 136). Her mener vi, at jordemoderens opmærksomhed i barselsperioden bliver beskrevet som væsentlig.

Løkke (2012) beskriver, at den primære bekymring i obstetrikken fra 1917 frem til 1937 var maternal morbiditet og mortalitet på grund af barselsfeber (§ 29). Dette tyder på, at jordemoderen har haft et stort ansvar for at observere for infektioner. Den materielle mortalitet faldt i 1930'erne og 1940'erne, hvor Løkke fremhæver Dr. Loudons forskning, hvor antibiotika spillede en stor rolle sammen med muligheden for blodtransfusion og prænatal screening (Løkke, 2012, § 8). Når vi analyserer de tidlige lærebøger, må vi derfor have infektionsrisikoen med som en af begrundelserne bag rationalet, for ikke at mistolke jordemoderens ansvar i efterperioden, som udelukkende værende opsporing af blødning.

Hauch (1938) beskriver, at jordemoderen skal være opmærksom på alvorligt blodtab, så der ikke opstår *faretruende tilfælde* (s. 271-272). I tilfælde af blødning beskrives det, at der stilles meget store “*Fordringer til Jordemoderens Koldblodighed, Ro og Energi*” (ibid., s. 274). Vi tolker ud fra dette, at der bliver stillet store krav til jordemoderens absolutte opmærksomhed i efterperioden. Heraf ser vi et ansvarlighedsrationale, hvor perioden anses som en potentiel kritisk tid, hvor jordemoderen har et ansvar og en pligt til at observere kvinden og opsøre blødning.

I en artikel på KVINFO: *Fertilitet gennem 100 år* fra 2016, fremstilles de store forandringer i antallet af børn hver kvinde i Danmark får. Det beskrives, at ved 1900-tallets start fik mange betydeligt flere end fire børn (La Beet, 2016). Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi fremsætter at en høj paritet

(5 eller flere), er en risikofaktor for PPH (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækolog, 2017, s. 11), som også var en tankegang allerede i 1958. Her forklarer Ingerslev (1958), en øget blødningstendens ved stigende paritet (s. 276). Vi tænker derfor, at når en del kvinder fik mere end fire børn, kunne jordemoderens ansvar post partum, især skyldes de høje pariteter blandt de fødende, da de er i øget risiko for PPH.

I 1958 må kvinden *“holdes under nøje observation”* (ibid, s. 171). Trolle (1964) skriver i *Ars Pariendi*, at i efterperioden kontrolleres *“med regelmæssige mellemrum”* uteri stand, fasthed og blødning (s. 58). Man *sikrer sig*, at uterus holder sig velkontraheret, og at kvinden ikke bløder (ibid., s. 99). Sådan fortsætter beskrivelserne af efterperioden i lærebøgerne igennem tiden, med et klart mønster med fokus på jordemoderens årvågenhed i efterperioden. Jordemoderen er altså gennem tiden blevet uddannet til at kontrollere og observere uterus for at undgå blødning.

I nyere tid mener vi især, at ansvarlighedsrationalet kommer til udtryk ved følgende citat fra *Ars Pariendi* fra 2020:

*“Selvom dødsfald som følge af blødning er yderst sjældent forekommende i Danmark, giver det stadig anledning til omfattende og livstruende morbiditet blandt fødende kvinder. Det er derfor nødvendigt, at enhver, der varetager fødsler, har viden om håndteringen af alvorlig obstetrisk blødning [...] Mange tilfælde af blødning optræder dog uvarslet hos kvinder uden risikofaktorer”* (Sørensen, Johansen, Weber & Ottesen, 2020, s. 271-272).

Dette citat bygger på et afsnit om PPH, men vi mener, at det i høj grad taler til jordemoderens pligt og ansvarlighed post partum. I dette fortolker vi, at der tales til jordemoderens samvittighed, for hvis ikke hun besidder den nødvendige viden, kan det i sidste ende give anledning til blødning med livstruende morbiditet. Derfor mener vi, at jordemoderens opsporende arbejde i efterperioden i dag kommer i fokus, for netop ikke at overse en PPH, som alle kvinder desuden er disponeret for ifølge denne lærebog.

### **5.3.2.1 Opsamling**

Ansvarlighed mener vi, kan være et af rationalerne bag jordemoderens praksis i dag 1 og 2 timer post partum. Jordemoderens ansvarsområde i efterperioden har dog varieret gennem tiden. Tidligere var den hyppigste årsag til maternel mortalitet og morbiditet barselsfeberen, og det var jordemoderens ansvar at undgå denne. Senere erstattes denne opmærksomhed til PPH, og ansvaret ligger nu i høj grad her. Dette store ansvar, der pålægges jordemoderen, tydeliggøres i lærebøgerne. Vi mener at dette ansvarlighedsrationale har stor indflydelse på den praksis, der udføres i dag, når uterus

kontrolleres og observeres post partum, da jordemoderen oplæres i, at det er hendes ansvar og pligt at opspore PPH.

### 5.3.3 Omsorg

I dette afsnit redegøres for, hvordan rationalet omsorg, kommer til udtryk i jordemoderen opmærksomhed på ubehag i forbindelse med trykket på fundus uteri.

Der har helt tilbage i 1903 været fokus på kvindens ve og vel post partum. Meyer (1903) beskriver, at uterus formindskes ved efterveer og er øm for tryk (s. 131). Af dette forstår vi, at der har været et omsorgsrationale ved at være bevidst om smerte i forbindelse med håndtering af uterus. Yderligere beskriver han:

*“Søvnen er heldbringende for hende og tyder paa Velvære, maa ikke forstyrres; kun maa der i de første Timer efter Fødselen passes vel paa hendes Ansigtsudtryk og Hudfarve, for at man i Tide kan blive opmærksom paa en mulig indtrædende Blodstyrtning”* (Meyer, 1903, s. 136).

Her må den hvilende kvinde ikke forstyrres, men der observeres uden berøring, for at opspore blødning. Man undlader at røre ved uterus for at undgå, at påføre kvinden ubehag og forstyrre søvnen.

Ved gennemlæsning af lærebøgerne er vi stødt på, at efterbyrdsfasen er gået fra at være meget afventende til at være mere aktiv, heraf aktiv forløsning af placenta. Ingerslev (1977) beskriver, at aktiv forløsning som et led i blødningsprofylakse, har sin pris. Både at det er ubehageligt for kvinderne, at man overbehandler utallige normale og normalt fortløbende tilfælde, samtidig med at man som fagperson *“må føle et ubehag”* ved at udsætte alle fødende for *“en kraftig expression”* af uterus (s. 167). Her ses både et ubehag hos kvinden og jordemoderen. Dette ubehag oplever vi som jordemoderstuderende, når vi kontrollerer uterus post partum, ved at give et tryk på fundus uteri og om muligt, overbehandle og påføre kvinden unødvendig smerte. Den kraftige ekspression, der beskrives af Ingerslev, er i forbindelse med efterbyrdsfasen og kan sammenlignes med det tryk vi udfører 1 og 2 timer post partum, da dette også er en ekspression, dog ikke af placenta men af potentielle koagler eller blødning. I skemaet på side 26 fremgår det, at 11 ud af 18 lærebøger ikke eksplicit beskriver, hvordan uterus skal håndteres. Det kan være en medvirkende årsag til, at der ikke er fokus på kvindens ubehag, da det muligvis ikke er meningen med praksis at udføre fundustryk på ukomplicerede fødende post partum.

### **5.3.3.1 Opsamling**

I starten af 1900-tallet, finder vi beskrivelser af ømhed af uterus post partum, hvorimod vi ser, at ømheden i 1977 anerkendes, men at uterus alligevel eksprimeres. De sparsomme beskrivelser af kvindens oplevelse i forbindelse med trykket på fundus uteri, kan muligvis være fordi det ifølge mange af lærebøgerne ikke anbefales som rutine.

### **5.3.4 Kroppen kan selv**

Dette rationale dækker over fokuset på de naturlige processer, hvor interventioner fra jordemoderens side ikke beskrives som nødvendige, og der i højere grad er fokus på, at kroppen selv kan.

#### **5.3.4.1 Amning og naturlig oxytocin**

Patning, eller amning, som det nok ville betegnes i dag, er i lærebøgerne beskrevet i forbindelse med efterperioden fra 1903. Frem til 1958 beskriver de fire første lærebøger, at amningen giver efterveer (Meyer, 1903; Meyer, 1915; Hauch, 1938; Ingerslev, 1958). Det er her beskrevet, at amningen var et af fokuspunkterne i efterperioden, da det havde positiv effekt på uteruskontraktion og formindskelse af blødning. I Trolles *Ars Pariendi* fra 1964, nævnes amning ikke i forbindelse med efterperioden (Trolle, 1964, s. 58-59). Ud fra denne lærebog kan det dog ikke udelukkes, at amningen ikke har været en del af jordemoderens fokus i efterperioden. Ingerslev beskriver i 1958, at man forsøger at reducere blodtabet ved injektion af oxytocin efter barnets fødsel (Ingerslev, 1958, s. 278). Vi mener, der kan ses en overgang fra at stole på kroppen ved anvendelsen af amning som vigtigste uteruskontraherende faktor, til at intervenere med uterotonika. Generelt beskriver størstedelen af lærebøgerne, at amning har stor indvirkning på uteruskontraktioner i efterperioden. I nyere tid beskriver Brunstad og Tegnander (2010), at naturlig oxytocin har betydning for uteruskontraktion, (s. 435) og at amningen kan anvendes som et led i placentas forløsning (ibid., s. 431). Beskrivelserne af den naturlige udskillelse af oxytocin fortsætter, som i eksemplet ovenfor, som en del af efterperioden i lærebøgerne frem til 2020 (Sørensen, Ottesen & Weber, 2012, s. 49; Sørensen et al., 2020, s. 49; Brunstad & Tegnander, 2017, s. 479; Macdonald, Magill-Cuerden & Warwick 2012, s. 444). Dette mener vi er rationalet om, at kroppen selv kan. Så selvom den kunstige oxytocins anvendelse beskrives i lærebøgerne fra 1958, tolker vi, at der i lærebøgerne generelt fremgår at amning og naturlige udskillelse af oxytocin er vigtig i efterperioden. Vi mener, det er bemærkelsesværdigt, at dette fokus på naturlig udskillelse af oxytocin i forbindelse med amning, ikke er en større del af vores oplevelse af praksis 1 og 2 timer post partum.



### 5.3.4.2 Opsamling

I rationalet *kroppen kan selv*, ser vi, at der gennem tiden har været en forståelse af, at naturen har indrettet en fysiologisk mekanisme, som mindsker blødning og effektivt påvirker uterus' kontraktion. Nemlig amning og i den forbindelse den naturlige udskillelse af oxytocin. Vi mener, at uteruskontraherende midler som profylakse muligvis har fjernet fokus på amning som effektivt middel til kontraktion i praksis, på trods af at vigtigheden fremgår i lærebøgerne.

### 5.3.5 Forsigtighed

I dette afsnit præsenteres rationalet om forsigtighed ved håndtering af uterus. Dette rationale har vi fundet interessant, da denne håndtering beskrives meget forskelligt i lærebøgerne. Indledningsvis kommer afsnittet *Bivirkninger* efterfulgt af afsnittet om *Hånden på uterus*.

#### 5.3.5.1 Bivirkninger

Meyer beskriver i sin første lærebog fra 1903 at inversio uteri kan fremkaldes ved et tryk eller stød på livmoderen, som ved fejlagtig udført Credés håndgrebs. Særligt når der begås den fejl, at man trykker før livmoderen, er blevet fast og hård (Meyer, 1903, s. 309). Vi kan heraf udlede, at der foreligger tanker om forsigtighed i denne periode, når der manipuleres med en træt muskel, som livmoderen er, efter en lang fødsel. Rationalet fremkommer ved, at man som jordemoder yder forsigtighed ved håndtering af uterus, da tryk eller stød ifølge Meyer kan fremkalde inversio uteri. Det at yde forsigtighed kommer også til udtryk ved følgende citat:

*”Livmoderbåndende, de brede som de runde, er slappe straks efter fødslen og trækker sig langsommere sammen end livmoderen. Livmoderens bevægelighed er derfor meget forøget i alle retninger og kvinden er udsat for nedsynkning eller lejeforandring af livmoderen de første barselsuger”* (Meyer, 1903, s. 130-131).

Af dette udleder vi, at der i 1903 har været en opfattelse af, at man som jordemoder skulle være forsigtig ved håndtering af uterus, da uterusligamenterne efter fødslen ikke blev anset for at have den sædvanlige effekt for at holde uterus på sin plads. Vi må igen holde os for øje, at populationen af de fødende kvinder i særdeleshed var flergangsfødende som tidligere nævnt i rationalet om ansvarlighed.

---

<sup>5</sup> *”Hun (jordemoderen) staar med Ansigtet vendt mod Sengens Fodende; hver Haand fatter om øverste Del af Sideranden af Livmoderen og Modergrunden, saaledes at Tommelfingeren ligger foran Livmoderen, de andre Fingre og Hulhaanden paa Siden af og bag denne, saa de to Lillefingre næsten mødes. Føles Livmoderen nu stadig haard og fast, men ogsaa kun da, kryster Jordemoderen den mellem sine Hænder, og udøver samtidig med disse et Tryk i Retningen nedad og bagtil”* (Meyer, 1903, s. 112-113).

Vi forestiller os, at denne risiko for inversio uteri samt belastningen af uterusligamenterne, sandsynligvis var mere betydelige grundet de mange multipara blandt de fødende.

Før vi igen ser, at et tryk på fundus uteri kan indeholde bivirkninger, går der næsten 90 år. I 1992 beskriver Sweet nemlig, at når placenta skal fødes, trykker jordmoderen på den kontraherede uterus ned mod bækkenet. Ulempen ved denne behandling er, at det kan føles meget ubehageligt for kvinden og pålægger belastning af ligamenterne i uterus, da de kan blive forskubbet (Sweet, 1992, s. 372). At ligamenterne kan lide overlast i forbindelse med placentas forløsning, idet jordmoderen trykker på fundus uteri, mener vi kan sidestilles med vores tryk på uterus 1 og 2 timer post partum, da uterus ifølge Meyer er udsat i de første barselsuger og derfor ikke kun i forbindelse med placentas forløsning. Det at belastningen af ligamenterne beskrives i 1992, mener vi styrker et rationale om at yde forsigtighed, også selvom kvinden ikke nødvendigvis er flergangsfødende. Vi finder det ligeledes interessant, at de lærebøger, som opfordrer til ekspresion af uterus både i forbindelse med efterbyrdsfasen og efterperioden ikke fokuserer på mulige bivirkninger af dette.

### 5.3.5.2 *Hånden på uterus*

Meyer beskriver i 1903 og 1915, at gnidning af uterus i de første par timer efter fødslen kun bør foretages "*såfremt*" at den er stor og slap, for at undgå blødning (Meyer, 1903, s. 136; Meyer, 1915, s. 187). Heri ser vi, at jordmoderens ikke skal påføre kvinden unødvendig intervension, når der ikke findes en indikation. Af dette udleder vi et forsigtighedsrationale, hvor jordmoderen ikke unødigt påfører kvinden smerte ved at manipulere med uterus efter fødslen.

I 1964 skal kontraktionsgrad og stand af uterus vurderes med *en let hånd på abdomen* efter placentas forløsning (Trolle, 1964, s. 57). Det beskrives yderligere, at der i efterperioden regelmæssigt kontrolleres uteri stand og fasthed (ibid., s. 58-59). Vi kan derfor være tilbøjelige til at tænke, at denne kontrol ligeledes foregår ud fra et forsigtighedsrationale med "*en let hånd*". Dog ses det beskrevet i samme lærebog, at jordmoderen efter to timer *kugler* uterus for sidste gang (ibid.). Dette giver anledning til en forståelse af, at man i 1964 kuglede normale tilfælde, og rationale om forsigtighed i håndteringen af uterus ikke foreligger i hele efterperioden, men kun lige umiddelbart efter placentas forløsning.

Ved analyse af lærebøgerne ser vi en ændring af praksis, fra det at kugle/trykke på uterus som værende en behandling på indikation til at blive en rutine post partum. Dette tryk ser vi første gang beskrevet i Ingerslevs lærebog fra 1958, hvor der står at jordmoderen i normale tilfælde "*kugler og eksprimerer uterus*" (Ingerslev, 1958, s. 171). Lignende beskrivelser af ekspresion går igen i samtlige danske lærebøger fra 1958 til og med 1983 med undtagelse af én, jævnføre skema på side

26. Fra 1992 og frem til i dag ses ingen beskrivelser af, hvordan uterus skal håndteres/vurderes post partum med undtagelse af bøgerne fra 2012 og 2017. Her kan vi genfinde rationalet om forsigtighed. Her står, at jordmoderen *palperer* fundus uteri for at vurdere, om uterus er velkontraheret (Macdonald et al., 2012, s. 544; Brunstad & Tegnander, 2017, s. 480). Ved palpation forestiller vi os, en forsigtig hånd der mærker, om uterus er velkontraheret, fremfor det fundustryk vi oplever 1 og 2 timer post partum.

### 5.3.5.3 Opsamling

Den forsigtighed vi ser i håndteringen af uterus i starten af 1900-tallet, hvor eksprimering af uterus gør sig gældende som behandling ved indikation, ændres til en standardbehandling i efterperioden fra 1958 til 1983. Beskrivelsen af hvordan uterus håndteres forsvinder helt i lærebøgerne fra 1992 med undtagelse af to nyere lærebøger fra 2012 og 2017, som beskriver undersøgelsen af uterus som palpation. Vi undrer os ligeledes over, at det er meget begrænset, hvordan lærebøgerne forholder sig til håndteringen af uterus post partum og om der kan være bivirkninger forbundet med eksprimering. Det undrer os, at denne praksis pludselig i Danmark er gået hen og blevet rutinemæssig, hvilket leder os frem til det næste rationale.

### 5.3.6 Udtømning af uterus

I følgende afsnit vil rationalet om udtømning af uterus blive præsenteret. Dette rationale dækker over tankegangen bag, at uterus' evne til at kontrahere sig, er afhængig af dens udtømning af blod og koagler.

I 1903 beskriver Meyer vigtigheden i, at livmoderens hulhed tømmes for blod, da dette kan svække dens evne til kontraktion (Meyer, 1903, s. 307). Fra den første lærebog forstås det altså, at livmoderen skal være tom, for at kunne kontrahere sig. Her finder vi det første eksempel på rationalet om udtømning af uterus.

Langt de fleste lærebøger beskriver, at det kan være en fordel at eksprimere uterus for at udtømme ophobede koagler. Gennem tiden har opfattelsen af, hvornår denne ekspression er nødvendig ændret sig, men samlet set går den igen i mange af bøgerne. De tre første lærebøger fra 1903, 1915 og 1938 beskriver, at uterus eksprimeres for koagler, såfremt der findes en indikation (Meyer, 1903; Meyer, 1915; Hauch, 1938). I 1938 beskriver Hauch, at et middel til behandling af blødning på grund af vesvækkelse i efterperioden, kan være: *"Kugling af livmoderen og Fjernelse af dens Indhold af*

*flydende Blod og Koagler ved Udtrykning*” (Hauch, 1938, s. 271). Her forklares, at koagler og blod vil forhindre uterus’ kontraktion og ligeledes her finder vi vores rationale om udtømmning af uterus.

Senere beskriver Myles (1975), at ved mistanke om koagler i uterus, skal disse eksprimeres (s. 404). Vi mener, at opfattelsen i denne lærebog er, at koagler ikke kun skal eksprimeres, hvis der er en mistanke herom, og at man opererer med den opfattelse, at koagler i uterus generelt helst skal fjernes. I 1983 beskrives, at blødningsmængden i efterperioden ofte undervurderes, da blødningen kan hobe sig op i uterus og derfor være skjult. Jordmoderen skal derfor altid kugle og eksprimere uterus, for at sikre, at den holder sig velkontraheret efter fødslen, samt for at vurdere blødningsmængden korrekt (Larsen & Schmidt, 1983, s. 86).

Rationalet ses også i Jordmorboka (2017), hvor det fremgår, at involutionsprocessen kan blive forsinket af ophobede koagler. Det fremgår dog ikke, at uterus *skal* eksprimeres for disse. I Mayes Midwifery og Ars Pariendi, fremgår det heller ikke, at uterus skal udtømmes i timerne efter fødslen, blot at jordmoderen må kontrollere uterus’ kontraktionsgrad og blødning (Macdonald et al., 2012; Sørensen et al., 2012; Sørensen et al., 2020). Generelt beskrives det ikke tydeligt, hvordan jordmoderen skal vurdere uterus’ kontraktion og vaginal blødning i nyere lærebøger.

### **5.3.6.1 Opsamling**

I de tidlige lærebøger fremgår rationalet kun i forbindelse med en indikation, som udvikler sig til at være en rutinebehandling med fokus på at holde uterus tom, så den kan kontrahere. I de nyeste lærebøger beskrives udtømmning af uterus ikke, men da vi oplever det i praksis 1 og 2 timer post partum, mener vi, at rationalet om at tømme uterus stadig figurerer, og eventuelt udføres i forebyggelsesøjemed, hvilket leder os frem til rationalet om forebyggelse.

## **5.3.7 Forebyggelse**

I dette afsnit fremføres, hvordan et rationale om forebyggelse, kan have indflydelse på praksis 1 og 2 timer post partum. Forebyggelse kan defineres som en indsats specifikt rettet mod at undgå en sygdom eller reducere følgevirkninger af en sygdom (Jensen, 2013, s. 63). Dette afsnit indeholder tre underafsnit: *Fra barselsfeber til PPH*, *Risikotænkning* og *Alle i risiko*.

### **5.3.7.1 Fra barselsfeber til PPH**

I Meyers lærebog fra 1915 beskrives der, at det kan tage op til et par døgn før efterbyrden fødes, såfremt at kvinden undlader at presse og ligger ganske stille. Det anses at en langvarig efterbyrdsfase kan være uhensigtsmæssig:

*“For det første trænger den fødende Ro og Hvile efter de med Barnets Fødsel forbundne anstrengelser; men dette kan hun ikke få, og navnlig vil hendes sind ikke komme til Ro, før Fødselen er helt færdig, før ogsaa Efterbyrden er født”* (Meyer, 1915, s. 185).

Vi mener, at dette er et billede på, at blødning før i tiden ikke har haft størst fokus, og man ikke i samme grad har tænkt på forebyggende behandling, som vi gør det i dag i forbindelse med efterbyrdsfasen.

Ifølge Løkke (2012) ses en stor ændring i obstetrikken efter antibiotikaen blev indført. Barselsfeberen var førhen et stort fokuspunkt efter fødslen, og da denne ikke længere frygtes i lige så høj grad, begynder den obstetriske strategi at blive langt mere intervenserende (Løkke, 2012, ¶ 2). Den afventende behandling i forhold til blødning i efterbyrdsfasen, som vi eksempelvis ser i ovenstående citat, kan egentlig bunde i en anden, og på dette tidspunkt måske vigtigere, forebyggende behandling, nemlig forebyggelse af barselsfeber.

I 1915 skriver Meyer, at forbuddet om at røre uterus ikke længere gør sig gældende, når efterbyrden er født. Her er det jordemoderens ansvar at holde om den og sikre sig, at den kontraheres og forbliver således. Dog skal man holde hånden stille og ikke gnide eller trykke, med mindre man føler at uterus bliver *“slap og blød”* (Meyer, 1915, s. 187). Det kan udledes heraf, at man har arbejdet ud fra en tankegang, hvor jordemoderen yder forebyggende behandling, men blot ved at undersøge, om der er behov for at gnide eller trykke på uterus. Dette kan igen være et resultat af forebyggelse af barselsfeber, og derfor har tankegangen været meget afventende uden interventioner.

I 1958 begynder forebyggelse af blødning at blive centralt i litteraturen omkring efterbyrdsfasen og efterperioden: *“Der er ingen tvivl om, at de fleste tilfælde af blødning i efterbyrdsfasen kan forudses, og at mange tilfælde kan forebygges”* (Ingerslev, 1958, s. 278). I 1958 er man begyndt at foreslå uteruskontraherende midler profylaktisk i forbindelse med efterbyrdsfasen samt rutinemæssig ekspansion af uterus post partum, for at mindske blødning (ibid.). Derudover er prævalensen af infektioner post partum ifølge Løkke (2012) reduceret på grund af brugen af antibiotika fra 40 % i 1927 til 6 % i 1957 (¶ 77). Det at antibiotika samt uteruskontraherende midler bliver anvendt i obstetrikken, mener vi har skabt grobund for at efterbyrdsfasen og efterperioden nu håndteres langt mere intervenserende.

### **5.3.7.2 Risikotænkning**

Vi mener at, der kan være tale om en begyndende medikalisering af efterperioden i 1958, her beskrives nemlig: *“Herefter vil jordemoderen afslutte behandlingen af normale tilfælde, idet hun kugler og exprimerer uterus”* (Ingerslev, 1958, s. 171). Selvom der er tale om en normal fødsel, ydes

der alligevel ekspresion af uterus i efterperioden, og som tidligere beskrevet, er man begyndt i 1958 at indføre profylaktisk uterotonika. Vi ser anledning til en begyndende tendens, hvor alle normale fødende betragtes som værende i risiko for PPH, og dermed medikaliseres. Medikalisering betyder, at ikke-medicinske tilstande klassificeres som medicinsk og dermed legitimerer medicinsk behandling (Det Ethiske Råd, 2016).

Myles (1975) beskriver som det første i afsnittet *Control of Bleeding* i kapitlet om efterbyrdsfasen, at hvis kvindens uterus af naturens veje ikke kontraherede tilstrækkeligt, ville hun forbløde på få minutter (s. 293). Vi mener, at denne indledning er særligt sigende, for hvordan tankegangen kan have været under og efter placentas fødsel. Altså, at der i høj grad tænkes risiko. Yderligere, skrives der: “*Blood is a very precious fluid, and the midwife ought to take pride in conducting the third stage with the minimal loss*” (ibid., s. 297). Vi finder det interessant, at der beskrives en stolthed i, at jordemoderen skal stræbe efter et minimalt blodtab. Vi mener derfor, at den forebyggende behandling for at mindske blødning i denne periode, er helt essentiel i jordemoderens praksis omkring efterbyrdsfasen og efterperioden.

Jordmorboka nævner, at jordemoderen må være bevidst om, at der altid er individuelle forskelle hos kvinder, også når det gælder puerperiet og de fysiologiske processer, som udspiller sig her. Man må derfor være forsigtig med at sætte for smalle grænser for, hvad som er normalt for at undgå, at noget som er normalt bliver gjort til en afvigelse (Brunstad & Tegnander, 2010, s. 538). Ud af dette analyserer vi, at man ikke skal overbehandle raske kvinder, og at man som jordemoder, må være forsigtig med ikke at se sygdom overalt, så normale tilfælde sygeliggøres. Denne lærebog forholder sig kritisk til medikaliseringstendensen.

### **5.3.7.3 Alle er i risiko**

Lærebogen Mayes' Midwifery fra 2012 stiller spørgsmålstejn ved aktiv forløsning af placenta, når denne metode anvendes ved lavrisiko kvinder (Macdonald et al., 2012, s. 535). Vi mener, at når gravide og fødende kategoriseres som værende i enten høj risiko eller lav risiko for PPH, anses tiden efter fødslen, som en risikoperiode ligegyldigt hvilken kvinde der er tale om. Vi finder det interessant, at sunde og raske fødende anses som værende i *risiko*, da de *kun* kan kategoriseres som værende i enten lav eller høj risiko. Der kan argumenteres for, at denne måde at opfatte alle fødende som enten havende høj eller lav risiko, har stor indflydelse på, hvordan de behandles 1 og 2 timer post partum. I Ars Pariendi fra 2020 beskrives der, at nyere studier tyder på, at en kombination af oxytocin og andre uterotonika kan udgøre en bedre blødningsprofylakse end den behandling, der anbefales i dag.

Det beskrives, at dette vil kunne føre til en ændring af praksis, med henblik på yderligere medicinsk forebyggelse af PPH (Sørensen et al., 2020, s. 272).

Fra lærebøgerne udleder vi, at den forebyggende behandling gennem tiden har udviklet sig fra en let hånd på uterus til profylaktisk uterotonika samt ekspression af uterus post partum. Noget tyder på at kvinder i fremtiden vil, qua risikotænkning, udsættes for *endnu mere* medikalisering. Raske gravide og fødende vil altså udsættes for en behandling, der måske kunne undværes, fordi jordemødre oplæres i at tænke i risici. I vores diskussionsafsnit vil vi komme nærmere ind på, hvilken betydning risikotænkning har for praksis 1 og 2 timer post partum.

#### **5.3.7.4 Opsamling**

I dette afsnit mener vi, på baggrund af lærebøgerne, at der gennem tiden er skabt et større fokus på risiko og i den forbindelse mere intervenserende forebyggende behandling, når det drejer sig om at mindske blødning post partum. Vi ser en tydelig udvikling fra “ingen indgriben”, til en mere intervenserende praksis i de senere lærebøger. Denne udvikling ser vi også i lyset af obstetrikens muligheder grundet opdagelsen af uteruskontraherende midler samt antibiotika. Vi udleder at den praksis, vi i dag udfører 1 og 2 timer post partum, muligvis er et resultat af risikotænkning og medikalisering af obstetrikken igennem tiden.

### **5.3.8 Delkonklusion på analysedel 2**

Ved analyse af lærebøgerne finder vi seks rationaler bag praksis 1 og 2 timer post partum, som vi kort i dette afsnit vil opsummere.

Først og fremmest rationalet i form af jordemoderens *ansvar*, hvor der lægges stort vægt på hendes rolle og pligt i, at opspore eventuel fare. Vi ser ligeledes *omsorg* som et rationale, i form af den fødendes ve og vel, ved at fokusere på ubehaget ved manipulation af uterus post partum. Gennem tiden ser vi et rationale, hvor det kommer til udtryk at *kroppen kan selv*. Her beskrives naturlig oxytocin og amning som en stærk mekanisme til at skabe uteruskontraktion. Fokus på dette har ændret sig, og vi undrer os over at amning, som uteruskontraherende middel, ikke fylder mere i praksis post partum i dag.

I rationalet om *forsigtighed* ser vi, hvordan jordemoderen gennem tiden har håndteret uterus med palpation eller let hånd. Denne forsigtighed kom til udtryk da uterusligamenterne ansås for at blive overbelastet ved tryk på fundus. I rationalet om *udtømmning af uterus*, beskrives der, at kontraktion af uterus bedst kan forekomme, når den er tom og derfor skal eksprimeres for eventuelle koagler. Det sidste rationale som præsenteres i analysen, mener vi, er en skelsættende ændring i obstetrikken,

nemlig rationalet om *forebyggelse*. Her ændrer praksis sig fra at være forebyggende i form af afventende behandling grundet risikoen for barselsfeber, til at blive mere intervenserende i forebyggelsen af PPH, i kølvandet af antibiotika samt de uteruskontraherende midlers fremgang. Risikotankegangen som vi ser i dette rationale, mener vi, har påvirket jordemoderens praksis i efterperioden, ved at hun rutinemæssigt eksprimerer uterus. Desuden ser vi, at alle fødende bliver betragtet som værende i risiko i mere eller mindre grad.

## 5.4 Sammenfatning af analysedel 1 og 2

I analysedel 1 har vi undersøgt den bedst tilgængelige evidens bag praksis i form af en metaanalyse, der undersøger effekten af uterusmassage post partum for at mindske blødning. Her fandtes ingen signifikante resultater, hvilket dog konkluderes på baggrund af lav validitet og reliabilitet. Dette finder vi særligt interessant, da det fortæller os, at der ikke ligger et stærkt vidensgrundlag bag praksis i form af systematiske undersøgelser. På baggrund af denne analyse kan vi derfor hverken verificere eller falsificere effekten af uterusmassage post partum. Vi har blandt andet derfor set nærmere på, hvorfor fundustrykket fortsat er en fast del af jordemoderens praksis i dag, trods den manglende evidens. Dette vil vi diskutere senere i lyset af begrebet Evidensbaseret Medicin.

I analysedel 2 analyserer vi os frem til seks rationaler, som vi mener, kan ligge til grund for fundustrykket post partum. Vi mener, at rationalerne om *ansvarlighed* og *forsigtighed* har haft stor indflydelse på, hvordan jordemoderen har håndteret uterus. Vi vil inddrage viden om kroppens egen formåen efter fødslen, og diskutere om dette fortsat bliver værnet om i praksis. Selvom rationalerne, *omsorg* og *kroppen kan selv*, beskrives tydeligt, særligt i nyere lærebøger, oplever vi ikke dette i praksis. Måske kan dette forklares ved den risikotankegang vi tydeliggør i *forebyggelsesrationalet*, som har resulteret i, at rationalet om *udtømning af uterus* har vundet indpas både op gennem tiden og i dag. Risikotankegangen bag rationalet om *forebyggelse* mener vi generelt fylder en del i den danske obstetrik, derfor vil vi uddybe og diskutere dette.

## 6 Diskussion

I dette afsnit ønsker vi at diskutere de problemstillinger vi fandt aktuelle i analysen. Vi vil diskutere, hvordan evidensbegrebet, er vigtigt at tage med i sine overvejelser i behandlingen 1 og 2 timer post partum. Vi kommer ind på, hvordan mesterlæreprincippet kan have stor indflydelse på, hvordan praksis udføres i dag. Yderligere vil vi komme ind på, hvordan øget fokus på naturlig oxytocin kan have indflydelse på praksis, samt hvordan journalføring måske kan vanskeliggøre dette. Dernæst vil



vi diskutere, hvordan risikotankegangen er blevet en stor del af obstetrikken, og i lys af dette diskutere, hvordan det kan have indflydelse på den fødendes autonomi. Afslutningsvis, vil vi reflektere over egen metode i dette projekt.

I diskussionen findes følgende afsnit: *Videnshul, Mesterlære, Evidensbaseret Medicin, Naturlig oxytocin, Rygdækning, Risiko*, samt *Metodekritik*.

## 6.1 Videnshul

Det fremgår af analysedel 1, at metaanalysen er den bedst tilgængelige evidens, og at denne er diskutabel med hensyn til den sparsomme datamængde samt metode-udførelsen bag RCT-studierne. Vi ønskede, at denne metaanalyse kunne bidrage med viden om effekten af massage af uterus post partum for at mindske PPH, men må konkludere, at ingen af de outcome analysen måler på, er signifikante. Vi mener altså, at der mangler evidens, der verificerer effekten af fundustrykket post partum, og der kan her være tale om et videnshul. Det kan derfor diskuteres om denne praksis kan ”opfylde behovet for behandling af høj kvalitet” som Sundhedsloven kræver (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019).

Så når vi spørger os selv, hvilket vidensgrundlag praksis 1 og 2 timer post partum bygger på, ville vi mene *erfaringsbaseret* viden. Som beskrevet i problemstillingen udgjorde dette baggrunden for god praksisudøvelse inden for sundhedsvæsenet før overgangen til evidensbaseret praksis (Fjordside, 2019, s. 143). Vidensgrundlaget som erfaringsbaseret, kan underbygges af vores analysedel 2, hvor rutinemæssig ekspresion af uterus post partum første gang beskrives i 1958, hvor evidensbegrebet ikke har set dagens lys. Begrebet blev nemlig først introduceret i begyndelsen af 1990’erne (Andersen & Matzen, 2014). Ekspresionen af uterus beskrives i de danske lærebøger, til og med 1992 jævnføre skema på side 26. Herefter forsvinder beskrivelsen af rutinemæssig ekspresion af uterus post partum, og beskrivelsen af hvordan kontraktionsgrad samt blødning skal observeres beskrives ikke i størstedelen af lærebøgerne. Når vi ser på flere danske tværregionale retningslinjer, samt en NICE-guideline, beskrives blot at jordemoderen skal vurdere uterus’ kontraktion samt blødning, uden anvisning til hvordan dette undersøges (National Institute for Health and Care Excellence, 2017, ¶ 1.16; Region Sjælland, 2017; Region Midtjylland, 2018; Region Hovedstaden, 2020).

På baggrund af ovenstående mener vi, at der på nuværende tidspunkt eksisterer et videnshul omhandlende den praksis, der udføres, når jordemødre trykker på fundus uteri 1 og 2 timer post partum på ukomplicerede fødende kvinder, for at opspore og vurdere blødning.

Så hvorfor oplever vi, at størstedelen af jordemødrene trykker kvinderne på fundus uteri, når det ikke er beskrevet i lærebøgerne siden 1983 eller de respektive retningslinjer?

## 6.2 Mesterlære

Mesterlæreprincippet mener vi kan være med til at belyse, hvorfor jordemødre trykker kvinderne på fundus uteri post partum. I *Pædagogisk Profil for Jordemoderuddannelsen* (Jordemoderuddannelsen, 2019), beskrives det, at den kliniske undervisning er tilrettelagt i et mesterlærelignende én-til-én-forhold. Her følges studerende tæt af en eller få erfarne kontaktjordemødre med henblik på at fremme læring. Uddannelsens kliniske del er altså bygget op om et mesterlæreprincip, og har været det siden 1500-tallet (Dübeck, 2017). Vores egen oplevelse er ligeledes, at vores kendskab til trykket på fundus uteri, er opstået gennem oplæring fra vores kontaktjordemødre på de kliniske dele af uddannelsen. Vi mener derfor, at den praksis, der udføres i dag, bliver lært videre fra jordemoder til jordemoderstuderende, og at vi som kommende kontaktjordemødre, igen føre denne praksis videre til en ny generation af jordemødre. Vi forsøger ved dette projekt at stoppe op og reflektere over praksis post partum - for hvad hvis der i virkeligheden videreføres en praksis, hvor fordelene ikke opvejer ulemperne? For at udfolde denne refleksion vil vi inddrage og diskutere begrebet Evidensbaseret Medicin i relation til praksis post partum.

## 6.3 Evidensbaseret medicin

Når vi diskuterer jordemoderens praksis i dag, er det nærmest umuligt at komme udenom evidensbaseret medicin (EBM). Begrebet møder vi både under skoleforløb og i klinikken, og EBM er den generelle opfattelse bag god praksis. EBM blev introduceret som begreb i begyndelsen af 1990'erne (Andersen & Matzen, 2014, s. 18), og handler om at bruge den nyeste eksterne evidens, på den mest samvittighedsfulde, skånsomme og fornuftige måde, når der skal foretages individuelle behandlinger (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996, s. 71). EBM bygger på en afbalancering af tre grundprincipper: *bedste eksterne evidens, klinikerens erfaring og patientens præferencer* (Sackett et al., 1996, s. 72).

Vi finder i analysedel 1, at *den eksterne evidens* bag fundustrykket 1 og 2 timer post partum er sparsom. Når man ser på *klinikerens individuelle erfaring*, forklarer Sackett et al. (1996), at klinikerens kompetencer og vurderinger tilegnes gennem kliniske erfaringer og klinisk praksis (s. 71). Den kliniske erfaring mener vi spiller en stor rolle i dag, fordi kommende jordemødre blandt andet bygger deres erfaring fra kontaktjordemoderens kliniske praksis. Her mener vi, at der kan skabes en fortælling om, at det er nødvendigt at trykke på fundus uteri. Ydermere mener vi, at den

rutinemæssige praksis hæmmer den individuelle kliniker i at bruge sine erfaringer og kompetencer ved at træffe individuelle valg ved håndteringen af hver enkelte kvinde og hendes uterus 1 og 2 timer post partum. Sackett et al. (1996) beskriver yderligere at det er mere medfølelse at tænke patienter som individuelle med egne rettigheder og præferencer (s. 71) Dette er det sidste grundprincip, som vi mener er aktuelt og vigtigt at tage op, da vi i praksis ikke oplever, at der tages synderligt højde for *patientens præferencer*. For ønsker kvinderne egentlig at blive trykket på fundus uteri 1 og 2 timer post partum, og giver jordemødrene kvinderne et valg herom?

### **6.3.1 Patientens præferencer og informeret samtykke**

Når patientens præferencer diskuteres, mener vi, at det er yderst relevant at inddrage Sundhedslovens Kapitel 5, herunder *Informeret samtykke*. Her fastsætter §15 at ”... *ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke*” (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019, §15). Efterfølgende fastsætter §16, at patienter har ret til at modtage information om egen helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder også risiko for komplikationer og bivirkninger (ibid.). Yderligere jævnføre §16 stk. 4, skal informationen omfatte: “... *relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes.*” (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Kvinderne har altså i forbindelse med fundustrykket post partum, ret til fyldestgørende information om behandlingsmuligheder, alternative behandlingsmuligheder, komplikationer og bivirkninger. Fra vores synsvinkel kan patientens præferencer ikke tilgodeses, hvis ikke der er givet et velinformeret grundlag for behandling efterfulgt af et informeret samtykke. Det informerede samtykke oplever vi ikke i forbindelse med fundustrykket post partum i praksis, hvilket vi mener er problematisk, da dette lovmæssig er pålagt jordemoderen. Men som vi fandt i rationalet om ansvarlighed, er det pålagt jordemoderen at opspore PPH. Dette ansvar mener vi kan ses i fundustrykket, fordi jordemoderen tager dette meget alvorligt, og vil vide sig helt sikker på, at kvinden er uden for risiko, og dermed har jordemoderen de bedste intentioner med sig.

En anden måde patientens præferencer kan anskues på, er kvindens oplevelse af behandlingen. Dette har ikke været muligt at finde studier om, men vi oplever i praksis, at behandlingen er ubehagelig for kvinderne. Vi mener, at ubehaget forbundet med trykket, i højere grad kunne retfærdiggøres, hvis vi vidste der lå en stærk evidens bag. Dette ved vi nu, at der ikke gør, og anser det derfor for problematisk, at vi påfører samtlige kvinder denne smerte, uden at lave en reel afvejning af fordele

og ulemper ved behandlingen. Det skal dog siges, at det kun betragtes som problematisk, når det drejer sig om kvinder, der har født ukompliceret og ikke er i risiko for PPH.

## 6.4 Naturlig oxytocin

Når vi vil diskutere naturlig udskillelse af oxytocins påvirkning i efterperioden, er det nærliggende at anvende Kerstin Mobergs viden. Hun er læge, professor i fysiologi og pioner indenfor forskning af oxytocin (Moberg, 2019). Hun beskriver at oxytocin, udover at være hormonet bag kontraktioner i uterus, ligeledes er et hormon som kan nedsætte følelsen af angst og stress (ibid, s. 25). Moberg beskriver yderligere, at voldsom smerte, ligesom frygt og stress, kan have negativ indflydelse på oxytocinudskillelsen. Omgivelserne og kvindens sindstilstand er således essentielle for udskillelsen af oxytocin og dennes påvirkning af muskelkontraktioner (ibid., s. 40). I *omsorgsrationalet* kommer vi ind på, hvordan håndtering af uterus post partum kan være smertefuldt for kvinden. Når vi ser på fundustrykket post partum gennem Mobergs forklaring om oxytocin, undrer vi os over praksis post partum i dag. Vi mener nemlig, at der kan argumenteres for, at et hårdt tryk på uterus post partum, hæmmer udskillelsen af oxytocin, og dermed også kontraktion i uterus. Yderligere, siger vores erfaring os, at under disse rutineundersøgelser post partum, lægger kvinden ofte barnet fra sig. Når ammeetableringen, som i høj grad øger udskillelsen af oxytocin (Coad & Dunstall, 2012 s. 365), eller den hud mod hud kontakt som var etableret, afbrydes af fundustrykket, mener vi, at udskillelsen af oxytocin kan forringes. Vi undrer os over, at disse naturlige processer ikke har større betydning i praksis. Når kontraktionsgraden af uterus vurderes på ukomplicerede fødende, kunne det eventuelt foregå ved forsigtig palpation, og ikke eksprimering, hvis der ellers ikke er indikation for PPH. Denne mere blide tilgang mener vi ligeledes kommer til udtryk i *forsigtighedsrationalet*. Yderligere kunne der fokuseres mere på amning som led i at fremme uteruskontraktion, som vi kommer ind på i rationalet, *kroppen kan selv*.

Vi mener, at en af grundene til at amning ikke har større fokus i praksis post partum, blandt andet kan skyldes det store dokumentationsarbejde jordemoderen har med journalføring, i form af at dokumentere og kode fødselsforløbet. En tid som jordemoderen kunne have brugt på at fremme ammeetablering som hjælp til naturlig uteruskontraktion. Dette fokus på journalføring leder os frem til næste afsnit.

## 6.5 Rygdækning

Vi bliver på hospitalerne opfordret til at sikre patienten og os selv, som sundhedsprofessionelle gennem journalføring. Dette har forskellige begrundelser bag sig. Vi mener både at journalføring

udføres for at sikre, at patienten får den bedste behandling, men også for at man, som sundhedsprofessionel, sikrer sig selv. Denne form for “rygdækning” gennem journalføring mener vi ligger tæt op ad frygten for en mulig klagesag. I en mediestorm fra 2018 protesterede læger i kor med kampagnen *#DetKuHaVæretMig*, hvor manglende journalføring førte til anklage af en læge. En sag som denne, mener vi, er med til at skabe frygt blandt sundhedsprofessionelle. I en artikel fra 2018 sætter formand for *Yngre Læger* fokus på, at det er et skråplan at koncentrere sig mere om journalen end patienten, som ovenstående sag muligvis kunne medføre (Hviid, 2018). Her fokuseres på, at overdokumentering, fører til dårligere behandling. Overdokumentering forstår vi som dokumentering, der er *for* udførlige hvor irrelevante og unødvendige informationer nedskrives og dokumenteres. Denne tendens oplever vi som jordemoderstuderende allerede flourer på de danske fødegange. Der skal man igennem en lang række dokumentationskrav, blandt andet tjeklister, som i for eksempel Sundhedsplatformen, før udskrivelse af kvinden og barnet. Det kan derfor tænkes, at den omfattende journalføring i jordemoderfaget forringer omsorgen post partum. Når vi skal journalføre uterus’ stand, fasthed og blødningsmængde, må vi som kommende jordemødre da også være helt sikre på, at det vi journalfører er sandt. Dette mener vi, muligvis kan have en forstærkende effekt på fundustrykket post partum, fordi jordemoderen forsikrer sig, at fastheden af uterus er *fast nok*. For tænk nu hvis, at der lå blod eller koagler i uteruskaviteten som forhindrede god kontraktion? I afsnittet omkring uterus’ fysiologi post partum på side 18 ses at uterus afslappes en smule cirka en time efter fødslen. Dette er det præcise tidspunkt danske jordemødre undersøger kvinden ved at *”trykke 1 time pp”*. I *forebyggelsesrationalet* kan vi ifølge Jordmorboka udlede, at man skal være forsigtig med at sætte for smalle grænser for normalitet (Brunstad & Tegnander, 2010, s. 538). Det kan derfor tænkes, at en moderat afslappet livmoder er et normalt tilfælde, som bliver overbehandlet ved massage og tryk, idet vi opsætter en grænse hvor uterus skal være kraftigt kontraheret - hele tiden. Her tænker vi muligvis i risiko frem for normalitet. I rationalet om udtømmning af uterus fremgår det, at uterus bedst kontraherer ved eksplosion af eventuelle koagler. Måske kunne det tænkes at disse koagler udtømmes af sig selv ved efterveer eller en øget mobilisering af kvinden. Men tør vi lade vær’? Dette leder os frem til at diskutere risikotanken, og hvordan denne påvirker vores praksis post partum.

## 6.6 Risiko

### 6.6.1 En historisk udvikling

I 1976 udgav Sundhedsstyrelsen første gang *Retningslinier for Svangerskabshygieine og Fødselshjælp*. Her argumenteres for, at alle fødsler er en risikopræget livsepisode (Sundhedsstyrelsen, 1976, s. 48-49). I et afsnit, der kaldes *Risikogrupper (potentielt patologiske gravide)* beskrives disse (ibid., s. 36). Følgende er udpluk af listen: “*Alle førstegangsgravide fyldt 30 på konceptionstidspunktet ... alle gravide der er fyldt 38 på konceptionstidspunktet ... gravide der har født mere end 4 gange tidligere, gravide med tidligere kompliceret graviditet eller fødsel ... gravide med ringehøjde <150 cm*” (ibid., s. 36-37). Dette er blot få ud af 30 mulige risikofaktorer, som spænder meget bredt over en gravid gruppe. Vi mener, at det i 1976 bliver tydeligt i obstetrikens historie, at risikotænkning for alvor får sit indpas i, hvordan man betragter gravide: Der skal ikke meget til, før man er i risiko som gravid. Rutinemæssige jordemoder- og lægekonsultationer beskrives endda som “*profylaktiske undersøgelser*” (ibid, s. 40). Vi mener, at når en undersøgelse beskrives som *profylaktisk*, handler det i høj grad om at forebygge en risiko. Så i disse retningslinjer ser vi altså en risikotankegang, som vi ligeledes gør i *forebyggelsesrationalet*. Der kan endda være tale om en patologisering af graviditet og fødsel, hvilken vi genkender mange steder i lærebøgerne, særligt i form af medikalisering. Nemlig profylaktisk uterotonika samt ekspression af uterus post partum. I rationalet om *udtømning af uterus*, tydeliggør vi at udtømningen gør sig gældende som forebyggelse af blødning i 1960’erne og frem. Vi undrer os over udtømning af uterus fortsat er en standardbehandling efter indførelsen af uterotonika som profylakse. Det kunne netop tænkes at uterotonika kunne “overtage” denne funktion, som det hårde udtømmende tryk på uterus ellers har haft. Herfra udleder vi, at normale gravide betragtes som mulige syge, og behandles herefter. Bag denne risikotankegang, mener vi dog, der ligger de bedste hensigter. I retningslinjerne fra 1976 beskrives der nemlig, at det væsentligste består i at nedbringe maternal og føtal dødelighed samt at forebygge sygdom (ibid, s. 31). Der ligger altså en selvfølgelighed i obstetrikken, i at sikre kvinden og barnets ve og vel. Her mener vi, at talemåden, som vi oplever i klinikken “*vi går med livrem og seler*”, kommer til sin ret, og meget præcist beskriver tilgangen til de fødende. Talemåden hører vi ofte anvendt, når patienten skal have en forklaring på et indgreb eller behandling, for at garantere at der ikke tages chancer, tværtimod. Vi mener, jordemødre “*går med livrem og seler*”, fordi der er pålagt dem et stort ansvar, som vi ligeledes eksemplificerer i ansvarlighedsrationalet. Der kan altså argumenteres for, at risikotænkning er et forsøg på at skabe sikkerhed, hvilket vi også mener kan

afspejles i fundustrykket post partum. Vi mener dog ikke, at denne risikotankegang er helt uden konsekvenser. Dette vil vi diskutere i det følgende.

### **6.6.2 Kvindens valg eller sundhedssystemets valg?**

Jordemoderen Grit Nicklasson kommer i sin Ph.d.-afhandling ind på, hvordan risikotanken i sundhedsvæsenet kan have indflydelse på gravides tilbud, valg og krav (Nicklasson, 2014). Niklasson (2014) beskæftiger sig særligt med risikotankegangen og fosterdiagnostik. Her belyser hun, at sundhedssystemet tilbyder screeninger i graviditeten på baggrund af komplekse og medicinske data og risikovurderinger, som er svære for lægmænd at forstå, og derfor vanskelige at fravælge. Ligeledes pointeres det at mange gravide opfatter fosterdiagnostikken som blåstemplet fra sundhedsvæsenet, og derfor ofte tilvælges uden nærmere overvejelser (Nicklasson, 2014). Hun problematiserer om fosterdiagnostikken er kvindens eget valg, eller om det er sundhedsvæsenets. Vi mener, at denne risikotankegang, som Niklasson beskriver i forbindelse med fosterdiagnostikken, ligeledes kan gøre sig gældende i jordemoderens praksis post partum, blandt andet fordi jordemødre har en meget stor troværdighed blandt den danske befolkning (Radius, 2019).

Ifølge Niklasson (2014) har vi i dag at gøre med gravide, som generelt læner sig meget op ad de professionelles anbefalinger og holdninger. Med denne viden må vi forstå, at vi står med et meget stort ansvar, når kvinder skal træffe beslutninger i forbindelse med en fødsel. Særligt fordi vores risikotankegang har stor indflydelse på, hvilken behandling de fødende tilbydes og anbefales, og som de har svært ved at takke nej til. Går jordemødrenes tankegang om risiko ind og overtager kvinden eget valg, idet kvinden på dette tidspunkt har meget stor tiltro til jordemoderen og bare følger anbefalingerne uden at stille større spørgsmålstejn. Særligt ved trykket post partum, da det ikke er et større indgreb?

Risikotanken mener vi er dybt forankret i jordemødre, da de er ansvarshavende, når det gælder opsporing af PPH. I dette projekt undersøger vi evidens og rationaler bag fundustrykket post partum *på ukomplicerede fødende*. Vi håber på, at ved at have belyst risikotankegangen, kan inspirere jordemødre til i højere grad at betragte den enkelte kvinde, og foretage en individuel vurdering. Et forsigtigt bud på praksis, når kontraktionsgraden af uterus og blødning vurderes på den ukomplicerede fødende, kan være at have opmærksomhed på uterus ved forsigtig palpation og sammenholde dette med blodtryk, puls og almentilstand. På denne måde kan jordemoderen bygge praksis post partum op omkring egne kliniske erfaringer og rationaler om omsorg, forsigtighed og troen på, at kroppen selv kan.

## 6.7 Metodekritik

Vi vil i dette afsnit kort forholde os kritisk til vores søgestrategi for vores naturvidenskabelige artikel og hvordan vores videnskabsteoretiske ståsted kan have påvirket denne. Herefter forholder vi os kritisk til den måde vi har analyseret de obstetriske lærebøger på.

For at besvare første del af problemformuleringen, har vi undersøgt hvilken evidens der ligger bag praksis. Ifølge Poppers begreb om forventningshorisont, har man som forsker altid egne antagelser med sig, når man observerer noget (Gilje, 2012 s. 53). Der kan derfor argumenteres for, at vores antagelser om problematikken, kan have påvirket, hvilken evidens vi har fundet frem til, da de søgeord vi har anvendt, kan afspejle vores antagelser af problemet.

Vi har i vores analysestrategi til analysedel 2 udvalgt kapitler fra lærebøgerne, og har ikke haft hele bøger til rådighed under analyseprocessen. Vi kan derfor ikke vide, om der har været brugbar information i andre kapitler, som kunne belyse andre rationaler bag praksis 1 og 2 timer post partum. I analyseprocessen blev lærebøgerne fordelt ligeligt mellem os, så vi alle fik et indblik i obstetrikens udvikling. Som tidligere nævnt i afsnittet om videnskabsteori, fremgår det, at inden for hermeneutikken arbejdes der ud fra den opfattelse at, forskeren ikke står overfor den verdens som fortolkes, men er en del af den (Juul, 2012, s. 111). Vi har altså hver især en forståelse, af den verden vi fortolker, hvilket har indflydelse på hvad og hvordan vi fortolker. Dette har stor indflydelse på, hvad vi har fundet, da vi hver især kan have lagt vægt på forskellige perspektiver, som måske har udelukket andre. Yderligere har vores forforståelse i høj grad skabt vores fokus, når vi har analyseret lærebøgerne. Derfor kan de rationaler vi finder bag jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum, i høj grad være påvirket af, hvordan vi forholder os til og hvad vi mener om fundustrykket post partum. Havde vi haft en anden forforståelse og tilgang til problematikken, havde vores analyse formentlig set anderledes ud.

## 7 Konklusion

I dette projekt har vi undersøgt: Hvilken evidens og hvilke rationaler ligger til grund for jordemoderens praksis 1 og 2 timer post partum, når blødning og kontraktionsgraden af uterus vurderes hos den ukomplicerede fødende. Ved en kritisk gennemgang af metaanalysen kan vi konkludere, at der ingen signifikante outcome forekommer ved effekten af massage post partum for at mindske blødning. Dette er den bedst tilgængelige evidens på området, som vi har fundet tvivlsom.



Størstedelen af de nyere obstetriske lærebøger forholder sig ikke til hvordan jordemoderen håndterer uterus 1 og 2 timer post partum, men beskriver blot at uterus' kontraktionsgrad vurderes. Dette mener vi illustrerer, at der eksisterer et videnshul bag fundustrykket. Det skal dog pointeres, at trods den tvivlsomme evidens og den manglende beskrivelse i lærebøgerne, skal det ej forkastes, at der kan være en god effekt af fundustryk post partum for at forebygge PPH.

Når vi ser på denne praksis i lyset af EBM, kan vi konkludere, at patientens præferencer og den eksterne evidens ikke er en del af argumentationen for fundustrykket post partum. Dette mener vi belyser en problematik i praksis, da vi som jordemødre lovmæssigt er forpligtede til at indhente informeret samtykke samt oplyse om alternative behandlingsmuligheder.

Da det ikke er den eksterne evidens, der ligger til grund for praksis, mener vi, at rationale om Ansvarlighed, Omsorg, Kroppen kan selv, Forsigtighed, Udtømning af uterus og Forebyggelse, kan forklare baggrunden for praksis. Især mener vi at rationale om ansvarlighed har stor betydning for opsporing af blødning efter fødslen. Fundustrykket post partum kan altså betragtes som jordemoderens garanti for, at hun har levet op til hendes ansvar om opsporing og forebyggelse af PPH. Dog mener vi, at denne ansvarlighed ligeledes kan komme til udtryk i form af en forsigtig palpation af uterus sammenholdt med blodtryk, puls og almentilstand. Men tør vi lade være? For lige nu mangler der relevante undersøgelser, som kan belyse om fordelene ved denne behandling opvejer ulemperne for den enkelte kvinde.

Vi ønsker at projektet kan sætte fokus på vigtigheden af at forholde sig kritisk til og reflektere over praksis, for at gøre den bedst mulig for kvinden og hendes familie. Vi håber ligeledes, at projektet kan kaste lys over problematikken ved den rutinemæssige praksis, hvor samtlige kvinder trykkes moderat til hårdt på fundus uteri 1 og 2 timer post partum. En praksis, som lige nu hverken beskrives i guidelines, nyere danske lærebøger og som ikke er underbygget af ekstern evidens.

## 8 Litteraturliste

*Opsat jævnfør APA*

Abdel-Aleem, H., Hofmeyr, G.J., Shokry, M. & El-Sonoosy, E. (2006). Uterine massage and postpartum blood loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93 (3), 238-239.

Abdel-Aleem, H., Singata, M., Abdel-Aleem, M., Mshweshwe, N., Williams, X. & Hofmeyr, G.J. (2010). Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 111 (1), 32-36.

Amager og Hvidovre Hospital (2019). *Den normale fødsel*. Lokaliseret d. 13. februar 2020 på: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUL.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X18B3E8D3A13D8A33C125841D002DBEAF&dbpa th=/VIP/Redaktoer/133016.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Andersen, I.B. & Matzen, P. (2014). *Evidensbaseret Medicin* (4. udgave). København: Gads Forlag.

Brody, S. (1993). *Obstetrik och gynekologi: Klinisk praxis och teoretisk bakgrund* (9. omarbejdede udgave). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Brunstad, A. & Tegnander, E. (2010). *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1. udgave, 1. oplag). Oslo: Akribe AS.

Brunstad, A. & Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. udgave, 1. oplag). Oslo: Cappelen Damm AS. Munksgaard.

Center for Kliniske Retningslinjer. (2004a). *Noter til SfR checkliste 1: Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser*. Lokaliseret d. 17. februar 2020 på: <https://cfkr.dk/images/file/Noter-oversigt.doc>

Center for Kliniske Retningslinjer. (2004b). *SfR Checkliste 1: Systematiske oversigtsartikler og metaanalyse*. Lokaliseret d. 17. februar 2020 på: <https://cfkr.dk/images/checkliste-oversigt.doc>

Center for Kliniske Retningslinjer. (u.å.). *Om centret*. Lokaliseret d. 27. marts 2020 på: <https://cfkr.dk/om-cfkr/formaal/>

Chalmers, I., Enkin, M. & Keirse, M.J.N.C. (1989). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

Chen, M., Chang, Q., Duan, T., Zhang, L. & Liu, X. (2013). Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 122 (2), 290-295.

Coad, J. & Dunstall, M. (2012). *Anatomy and Physiology for Midwives* (3. udgave). Edinburgh, New York: Churchill Livingstone, Elsevier.

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2017). *Postpartum blødning: Forebyggelse og håndtering*. Lokaliseret d. 17. marts 2020 på:

<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5db194e7121bba34d27df760/1571919087875/Postpartum+blødning+2019.+Rev+fotografier.pdf>

Det Danske Sprog- og Litteraturselskab (2018). *Den Danske Ordbog: Rationale*. Lokaliseret d. 11. marts 2020 på: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?select=rationale&query=rationale>

Det Etske Råd (2016). *Diagnosen som begreb og praksis*. Lokaliseret d. 5. marts 2020 på: <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Diagnoser/Publikationer/2016-Baggrundstekst-1-Diagnosen-som-begreb-og-praksis.pdf?la=da>

Dübeck, I., for Gyldendal (2012). *Den Store Danske: Jordemoder (historie)*. Lokaliseret d. 2. april 2020 på: <http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=102030>

Fjordside, S. (2019). 8. Systematisk litteraturstudie - viden om betydningen af mundpleje. I: Frederiksen, J., Larsen, N.S., *Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde: En grundbog* (1. udgave, 13-23). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Gilje, N. (2012). Kapitel 2. Positivism og kritisk rationalisme. I: Juul, S., & Pedersen, K.B., *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udgave, 1 oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Hansen, M., for Gyldendal (2017). *Den Store Danske: Reliabilitet*. Lokaliseret d. 2. april på: <http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=150084>

Hauch, E. (1938). *Haandbog for Jordemødre* (2. udgave). København: Nordisk Forlag.

Hviid, S. for Danmarks Radio. (2018, 21. marts). *Læge frygter #DetKuHaVæretMig-sagen vil give dårligere behandling*. Lokaliseret d. 30. marts 2020 på: <https://www.dr.dk/nyheder/laeger-frygter-detkuhavaeretmig-sagen-vil-give-daarligere-behandling>

Ingerslev, M. (1958). *Obstetrik med henblik på almen praksis* (1. udgave, 2. oplag). Aarhus: Universitetsforlaget.

Ingerslev, M. (1977). *Obstetrik med henblik på almen praksis* (4. udgave, 2. oplag). Aarhus: Universitetsforlaget.

Jensen, B. B. (2013). Sundhedsfremme og forebyggelse. I: Niklasson, G., *Sundhed, menneske og samfund* (1. udgave, 63-86). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Jordemoderuddannelsen (2019) *Pædagogisk profil for Jordemoderuddannelsen*. København: Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole.

Juul, S. (2012). Kapitel 4. Hermeneutik. I: Juul, S., & Pedersen, K.B., *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udgave, 1. oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen, T., Christensen, E. & Linneberg, A. (2016). *Klinisk forskningsmetode - en grundbog* (4. udgave). København: Munksgaard.

La Beet, N. for KVINFO (2016). *Fertilitet gennem 100 år*. Lokaliseret d. 20. marts 2020 på: <https://kvinfo.dk/fertilitet-gennem-100-aar/?fbclid=IwAR1UzGh2GFh8IkbTrneJeBpZdlRIuTZ9wduaRo61Ab5umwM1tB8MxdDx5ng>

Larsen, J.F. & Schmidt, T. (1983). *Klinisk obstetrik* (1. udgave, 1. oplag). København: Munksgaard.

Larsen, J.F., Asbjørn, O. & Schmidt, T. (1979). *Obstetrik/Gynækologi, basisbog* (3. udgave, 1. oplag). København: Munksgaard.

Larsen, J.F., Skajaa K. & Westergaard, J.G. (2002). *Obstetrik* (2. udgave, 2. oplag). København: Munksgaard.

Løkke, A. (2012). The antibiotic transformation of Danish obstetrics. The hidden links between the decline in perinatal mortality and maternal mortality in the mid-twentieth century. *Annales de démographie historique*, 123(1), 205-224.

Macdonald, S., Magill-Cuerden, J. & Warwick, C. (2012). *Mayes' Midwifery* (14. udgave). Edinburgh: Baillière Tindall.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. udgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Meyer, L. (1903). *Lærebog i Jordemoderkunsten* (2. omarbejdede udgave). København: Gyldendalske Boghandels Forlag.

Meyer, L. (1915). *Lærebog i fødselshjælpen, Bind I: Det normale Svangerskab, Fødsel og Barselseng: Svangerskabets Patologi*. Kjøbenhavn og Kristiania: Nordisk Forlag.

Mikkelsen, C. (2014). Frem i forreste række. *Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2014* (8), 12-14.

Moberg, K.U. (2019). *Why Oxytocin Matters*. London: Pinter & Martin Ltd.

Myles, M.F. (1975). *Textbook for Midwives: with modern concepts of Obstetric and Neonatal care*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Intrapartum care for healthy woman and babies*. Lokaliseret d. 4. april 2020 på: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#care-of-the-woman-after-birth>

National Library of Medicine (u.å.). *Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Controlled Trials*. Lokaliseret d. 10. marts 2020 på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115843/bin/appe-fm2.pdf>

Nordsjællands Hospital (u.å.). *Partus normalis, den normale fødsel*. Lokaliseret d. 7. februar 2020 på: [https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/gynaekologisk-obstetrisk-afdeling/for-sundhedsfaglige/Documents/PartusNormalis\\_DenNormaleFoedsel.pdf](https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/gynaekologisk-obstetrisk-afdeling/for-sundhedsfaglige/Documents/PartusNormalis_DenNormaleFoedsel.pdf)

Radius (2019). *Troværdighedsanalysen*. Lokaliseret d. 5. april 2020:  
<https://radiuscph.dk/case/trovaerdighedsanalysen/>

Region Hovedstaden (2020). *Fødselsforløb - det normale*. Lokaliseret d. 5. april 2020 på:  
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X5AD6758B185E7227C1257FE9002AF1C9&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Region Midtjylland (2018). *Den normale fødsel*. Lokaliseret d. 20. marts 2020 på: <http://edok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://edok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X5E2C4DC8E0023B39C125774B004679CB&dbpath=/edok/editor/600603.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Region Sjælland (2017). *Fødselsforløb, det normale*. Lokaliseret d. 20. marts på:  
<http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=502694&q=fødsel>

Saccone, G., Caissutti, C., Ciardulli, A., Abdel-Aleem, H., Hofmeyr G.J. & Berghella, V. (2018). Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125 (7), 778-781.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray J.A., Haynes, R.B. & Richardson W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BJM*, 312 (7023), 71-72.

Stehouwer, M. & Kindberg, S. (2008). Episiotomiens storhed og fald. *Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2008* (4).

Sundheds- og Ældreministeriet. (2019). *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*. LBK nr. 903 af 26/08/2019. København: Ministerier for Sundhed og Forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen. (1976). *Retningslinier for Svangerskabshygiejne og Fødselshjælp*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sweet, B.R. (1992). *Baillière's Midwives Dictionary* (8. udgave). London: Baillière Tindall.

Sørensen, J.L., Johansen, M., Weber, T. & Ottesen, B. (2020). *Ars pariendi - håndgreb og akut behandling ved fødsler* (2. udgave, 1. oplag). København: Munksgaard.

Sørensen, J.L., Ottesen, B. & Weber, T. (2012). *Ars Pariendi - håndgreb og akut behandling ved fødsler* (1. udgave, 2. oplag). København: Munksgaard.

Thisted, J. (2015). *Forskningsmetode i praksis - Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (1. udgave, 5 oplag). København: Munksgaard.

Trolle, D. (1964). *Ars Pariendi*. København: F.A.D.L.s Forlag.

Aarhus Universitet (2020). *Systematisk litteratursøgning*. Lokaliseret d. 18. februar 2020 på:  
<https://library.au.dk/forskere/systematisklitteratursogning/>

## 9 Bilag

### 9.1 Bilag 1: Søgestreng

((fundal pressure OR uterus massage OR external pressure))) AND ((postpartum OR post partum))

### 9.2 Bilag 2: Systematisk gennemgang af metaanalysen via checklisten

SfR Checkliste 1: Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser	
<b>Forfatter, titel:</b> G Saccone, C Caissutti, A Ciardulli, H Abdel-Aleem, GJ Hofmeyr, V Berghella <i>Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials</i>	
<b>Tidsskrift, år:</b> An international Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG), October 2017	
Checkliste udfyldt af: Anna Duelund Hansen, Heidi Vibe Frederiksen og Cathrine Højlund Finger	
<b>1. INTERN TROVÆRDIGHED</b>	
Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	1. I høj grad opfyldt Metaanalysens formål er at undersøge effekten af uterusmassage, som led i aktiv forløsning af placenta for at forebygge PPH, hvilket vi mener er velafgrænset. Uterusmassage er et simpelt omkostningsfrit indgreb og er derfor relevant at undersøge. Desuden er dette vigtigt at undersøge, fordi den hyppigste årsag til mortalitet blandt fødende er PPH
1.2 Er der en beskrivelse af den anvendte metodologi?	1. I høj grad opfyldt Der beskrives relevante eks- og inklusionskriterier samt hvilke statistiske redskaber der er anvendt. Her bruger de random effects modellen af DerSimonian

	<p>and Laird og benytter Higgins <math>I^2 \geq 50\%</math>. Derudover bliver der forholdt til hvilke bias, der kan fremkomme i hvert enkelt inkluderet studie ved at anvende <i>Cochrane handbook for systematic reviews of interventions</i>. De bruger 7 domæner som er associeret med "biased estimates of treatment effect" og gennemgår disse 7 bias systematisk.</p>
<p>1.3 Var litteratursøgningen tilstrækkelig grundig til at identificere alle relevante undersøgelser?</p>	<p>1. I høj grad opfyldt  Forfatterne har lavet en udførlig beskrivelse af deres søgestrategi, som vi mener er godt afsøgt. De har nemlig søgt i 7 forskellige elektroniske databaser og søgt bredt ved at anvende følgende søgeord: <i>PPH, cesarean, caesarean, delivery, labor, labour, postpartum hemorrhage, bleeding, general anesthesia, morbidity, mortality, review, oxytocin, effectiveness</i> og <i>guidelines</i>. Ud fra denne søgning fandt og udvalgte de 3 RCT-studier.</p>
<p>1.4 Var undersøgelseernes kvalitet vurderet og taget i betragtning?</p>	<p>1. I høj grad opfyldt  De studier metaanalysen anvender er af lav kvalitet, hvilket i høj grad kommer til udtryk igennem 7 essentielle bias typer fra Cochrane hvor mange af bias typerne får høj risiko eller uklar risiko for en del bias-typer. Forfatterne bag meta-analysen konkluderer at kvalitet bag undersøgelserne er tvivlsomme, og derfor i høj grad vurderet og taget i betragtning.</p>
<p>1.5 Berører analysen alle potentielle positive og negative effekter af interventionen?</p>	<p>2. I tilstrækkelig grad  Vi mener det ville have været interessant at inddrage andre outcome end blødning, uteruskontraherende midler og tidspunktet for placentas forløsning. Her ville kvindernes oplevelse, personalets oplevelse samt eventuelle bivirkninger af massagen kunne bidrage med yderligere positive eller negative effekter af massage.</p>
<p>1.6 Var det rimeligt at kombinere undersøgelserne</p>	<p>3. Dårlig opfyldt  Metaanalysen sammenligner undersøgelser, som ikke udfører den samme type behandling (massage). I form af længde og hvornår dette udføres efter fødslen. Det fremgår heller ikke tydeligt for os, hvordan denne massage udføres, som ellers kunne underbygge sammenligneligheden i de tre RCT-forsøg..</p>



	<p>Heterogeniteten i de fleste outcome &gt; 50 %, hvilket viser at disse ikke er mulige at sammenligne.</p> <p>Der er også utilstrækkelig viden omhandlende selektionsbias. Dette svækker randomiseringen af kvinderne og dermed også deres sammenlignelighed blandt forsøgene.</p> <p>Det kan derfor diskuteres om det er rimeligt at kombinere disse undersøgelser. Men da der generelt ikke er lavet særlig mange studier på området, har denne meta-analyse måtte medtage, hvad der var tilgængeligt</p>
1.7 Kan analysens konklusion udledes fra den præsenterede evidens?	<p>1. I høj grad opfyldt</p> <p>De konkluderer at evidensen af lav, men at denne sparsomme evidens viser, at der ingen effekt er for uterus massage. De begrundet at der skal flere studier med god kvalitet skal til for at give et mere retvisende svar på problemstillingen.</p>
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF ANALYSEN/ARTIKLEN</b>	
2.1 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias?  <b>Anfør ++, + eller ,.</b>	<p>+</p> <p>De forholder sig til hvilke bias, der kan fremkomme i hvert enkelt inkluderet studie ved at anvende Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.</p> <p>Vi angiver metaanalysen +, da Hofmeyr og Abdel-Aleem er medforfatter af denne metaanalyse, og også er forskere bag nogle af de RCT-forsøg, der ligger til grund for denne metaanalyse. Dette mener vi kan skabe bias.</p>
2.2 Hvis bedømt som + eller , påvirker bias undersøgelsesresultatet? (pos. el. negativ retning)	Afhængig af forfatterens holdning/tro på effekten af massage af uterus efter fødslen, mener vi at det kan påvirke resultatet i en positiv eller negativ retning.
2.3 Er analysens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	<p>,</p> <p>Resultaterne er ikke direkte anvendelige, fordi der ikke er nok tilstrækkeligt data, og den data de har er af lav kvalitet. Dette konkluderer forfatterne også selv.</p>

<b>3. BESKRIVELSE AF STUDIET</b>	
<p>3.1 Hvilke typer studier inkluderes i oversigtsartiklen? <i>(randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), kontrollerede kliniske forsøg (CCT), kohorte, Case-kontrol undersøgelser).</i></p>	<p>3 randomiserede kontrollerede forsøg.</p>
<p>3.2 Hvilke behandlinger (interventioner) er taget i betragtning?</p>	<p>Intervention: I et af RCT-forsøgene er interventionen massage af uterus hver 10.minut i 60 min, hvor interventionen i de 2 andre RCT-forsøg er uterus massage i 30 min efter placentas forløsning. Kontrolgruppen: Aktiv forløsning af placenta. % massage</p>
<p>3.3 Hvilke resultater (outcome) er anført? <i>(fx gavnlige, skadelige).</i></p>	<p>Deres primære outcome er: PPH.</p> <p>Sekundære outcome er: Blodtab <math>\geq 300\text{ml}</math>, <math>\geq 400\text{ml}</math> og <math>\geq 1000\text{ml}</math>. Gennemsnitlig blodtab Yderligere behov for uteruskontraherende middel Placentas fødsel <math>\geq 60</math> minutter efter fødslen Behov for manuel placentafjernelse.</p>
<p>3.4 Er der anført statistiske mål for usikkerheden? <i>(fx odds ratio?)</i></p>	<p>a, det er anført i et bialg. Table S1. De benytter statistik mål i form af relativ risiko med et konfidensinterval på 95 % samt mean difference. Heterogeniteten måles som Higgins <math>I^2</math> hvor <math>I^2 \geq 50\%</math> var fastsat som for høj.</p>
<p>3.5 Er potentielle confoundre taget i betragtning? <i>(Dette er specielt vigtigt, hvis andre end RCT- studier er inddraget i oversigtsartiklen).</i></p>	<p>Vi får ikke oplyst noget om kvindernes fødselsforløb, såsom længden af fødslen, paritet eller bristningsgrad. Dette kan være potentielle confoundere som kan påvirke mængden af blødning post partum (outcome) og ville være relevante.</p> <p>Dog er de medtagne undersøgelser bygget på 3 RCT-forsøg, og ved en god randomisering, må disse confoundere være jævnt fordelt. Forfatterne vurderer høj og uklar risiko for selektionsbias, og derfor har vi</p>

	valgt at beskrive eventuelle confoundere her, selvom metaanalysen bygger på RCT-forsøg.
3.6 Hvad karakteriserer undersøgelsespopulationen? (køn, alder, sygdomskaraktistika i populationen, sygdomsprævalens).	Singleton gravide kvinder og spontan igangsættende fødsel.  Sectio og operative vaginale forløsninger samt uregelmæssige hovedstillinger er ekskluderet fra metaanalysen.
3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Ikke oplyst
<b>4. GENERELLE KOMMENTARER</b>	
Validitet	<p>Metodologisk vurderer vi at denne metaanalyse er af høj validitet, da de i høj grad tager højde for og vurderer og er kritiske overfor mulige bias gennem deres metodiske tilgang til de medtagede studier.</p> <p>Interventionen er massage af uterus. Denne intervention mener kan blive gjort på forskellige måder afhængig af hvem der foretager denne massage, hvilket kan påvirke outcome og dermed svække validiteten.</p> <p>Kvinderne de inddrager i undersøgelsen føder placenta ved aktiv forløsning som også indebære 10 IE Syntocinon im. Dette er den praksis der anbefales fødende kvinder i Danmark, og vi mener derfor at det er praksis på dette punkt er sammenlignelige med den danske.</p> <p>Det svækker dog den eksterne validitet at den intervention kvinderne i interventionsgruppen i to grupper modtager henholdsvis massage 30 minutter efter placentas forløsning og i et andet studie får kvinderne massage hvert 10 minut i 60 minutter. I Danmark giver vi kvinderne kortvarigt tryk/massage på uterus henholdsvis 1 og 2 timer efter</p>

	<p>fødslen. Det er derfor ikke helt overførbart i denne kontekst, men vi mener alligevel at vi kan bruge resultatet til at sige noget om den danske praksis, da de om noget intervenserer mere end vi gør, og kan derfor fortælle os noget om effekten af at massere/trykke på uterus post partum.</p> <p>De medtager kvinder fra Egypten, Sydafrika og Kina. Der kan sandsynligvis være kulturelle parametre der kan påvirke fødselens forløb og dermed outcome. Dette svækker overførbareheden til en dansk population.</p> <p>Reliabilitet: Et af de outcome som studierne måler på er blødningsmængden efter fødslen. Dette forsøger de at gøre til en så objektiv målbar parameter som muligt, ved at måle via et underlag som har ligget under kvinden ved fødslen. Dette fremgår ikke af metaanalysen, men er undersøgt ved at gennemgå de respektive RCT-forsøg.</p> <p>Vi mener dog at resultatet i denne sammenhæng kan påvirkes af andre faktorer, såsom fostervand, meconium, eller urin. Resultatet kan også blive mindre ved blødning som "går til spilde". Fx blødning som tørres væk med gaze eller ender på gulvet/lagnet. Det fremgår ikke i studiet om der er taget højde for disse eventuelle påvirkninger af måleresultaterne.</p> <p>I denne systematiske review og meta-analyse redegør de ikke for ovenstående, og vi mener derfor at reliabiliteten kan være tvivlsom.</p>
--	---

### 9.3 Bilag 3: Projektets analyse af bias fra metaanalysen

#### Blinding (Performance bias samt detection bias)

Alle RCT-studierne får vurderet en høj risiko for bias i både *performance bias* og *detection bias*, som begge er bias under kategorien blinding. Ved en god blinding, undgås det at de implicerede parter skaber en skævvridning ved bevidst eller ubevidst at have præferencer til en given intervention, som kan påvirke resultatet af undersøgelsen. Her sikrer man, at så få som muligt har viden om hvorvidt en forsøgsperson får interventionen eller ej (Andersen og Matzen, 2014, s. 79). At studierne får angivet høj risiko i *performance bias* er en uundgåelig præmis, da de undersøger effekten af massage

af uterus. Her er det ikke muligt at blinde hverken kvinderne eller sundhedspersonalet, hvilket dog er en bias som vi mener, kan påvirke resultatet af meta-analysen, selvom den ikke på forhånd kan elimineres. Det kan her antages, at en sundhedsprofessionel favoritiserer den ene behandling frem for den anden, og at dette i sidste ende kan påvirke outcome. RCT-forsøgene kunne have blindet forskerne, som vurderer resultatet, hvilket de ikke har taget højde for. Dette mener vi mindsker validiteten af meta-analysen, da den bygger på RCT-forsøg med utilstrækkelig blinding i form af detection bias, og en uundgåelig præmis af performance bias.

### **Selektionsbias (random sequence generation samt allocation concealment)**

Meta-analysen har vurderet selektionsbias af to typer både *random sequence generation* og *allocation concealment*. Den første er skrevet i projektet opgave i analysedel 1. Den anden type af selektionbias, *allocation concealment*, undersøger om deltagerne eller forskerne forud for randomiseringen har kunnet forudse tildelingen. For eksempel hvis en konvolut som skulle randomisere, ikke var forseglet (National Library of Medicine, u.å.). Ifølge bilag 4 fremgår det, at ét studie får angivet lav risiko af denne type selektionsbias imens to af RCT-studierne har uklar risiko. At to ud af 3 af RCT-studierne får uklar risiko mener vi mindsker troværdigheden af metaanalysens resultater, da vi får ikke får oplyst om dem der har stået for randomiseringen bag RCT-studierne har kunne forudse selektionen og dermed have indflydelse på om kvinderne skulle modtage massage eller ej.

Hvis randomiseringen bag RCT-forsøg er veludført, er der mulighed for at man kan evaluere effekten af behandlingen og stole på at det rent faktisk skyldes behandlingen og ikke andre medvirkende faktorer, confoundere (Andersen og Matzen, 2010 s. 219). At randomiseringen bag RCT-forsøgene er utilstrækkelig beskrevet, giver os og metaanalysen manglende indsigt i om eventuelle confoundere er jævnt fordelt mellem gruppen som modtog massage og kontrolgruppen.

### **Selective reporting – reporting bias**

Metaanalysen har vurderet, at alle studierne har lav risiko for bias inden for *Selective reporting (reporting bias)*. Det betyder, at studierne i høj grad har gennemsigtighed og at forfatterne af metaanalysen enten har haft mulighed for at gennemgå studierne protokol eller der har været tydelige præ-definerede outcomes, som stemmer overens med de publicerede outcomes. Jævnføre Cochrane Risk of Bias Tool (National Library of Medicine, u.å.), er det ikke unormalt, at mange studier har uklar risiko for denne bias. Det kan derfor vurderes, at disse studier har en god gennemsigtighed, og

der er altså lille risiko for *selective reporting bias*, hvilket styrker studierne validitet og dermed også metaanalysen.

### **Ufuldstændig datamængde som kan have indflydelse på udfald (attrition bias)**

Meta-analysen vurderer *attrition bias* som er manglende data, som kan påvirke studiets resultat (National Library of Medicine, u.å.) I de medtagne RCT-studier får to ud af tre studier uklar risiko for bias og ét af studierne får lav risiko. Der er i to af studierne ikke tilstrækkelig information omhandlende manglende data. Dette mener vi muligvis kan påvirke metaanalysens resultatet, da der er ikke er gennemsigtighed om der mangler data. Derfor kan vi ikke vide om der i de to medtagne RCT-studier, som får vurderet uklar risiko for denne type bias, gemmer sig værdifuld data som fortæller noget effekten af uterus massage for at mindske PPH.

### **Andre bias**

Denne kategori dækker over de bias, som ikke er dækket ind af de andre typer af bias (National Library of Medicine, u.å.). Denne kategori af bias dækker således over alle bias, analytikerne kan komme på ud over de nævnte, uden at være nærmere specificeret i metaanalysen. To ud af tre studier vurderes i metaanalysen at have uklar risiko for denne bias. Et studie vurderes at have høj risiko for andre bias, men det uddybes ikke på hvilken baggrund analytikerne i metaanalysen vurderer dette. Det er derfor svært i denne analyse at forholde sig til, hvad denne vurdering har af betydning. Men det svækker metaanalysens validitet, at vi som læsere og analytikere ikke får mulighed for at forholde os kritisk til vurderingen af denne bias.

## **9.4 Bilag 4: Metaanalysens biasoversigt (figur 1)**

Figur 1 (kaldet S2 i artiklen): Assessment of risk of bias

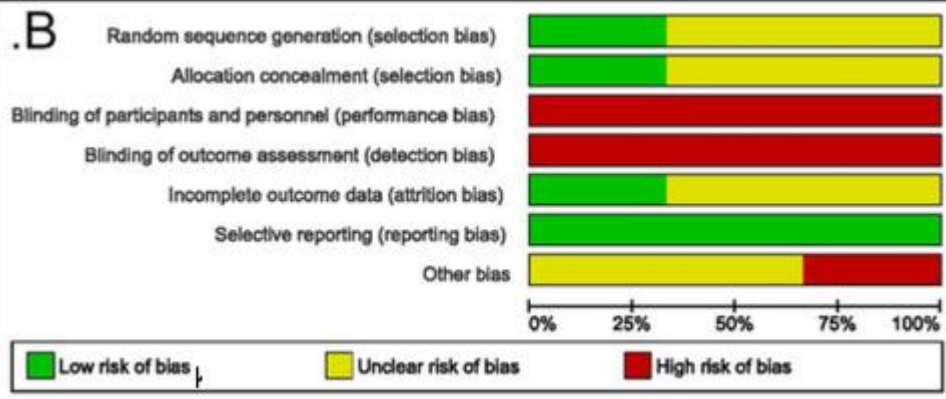
*A: Summary of risk og bias for each trial: Plus sign: Low risk of bias: minus sign: high risk of bias: question mark: unclear risk of bias*

*B: Risk of bias graph about each risk of bias item presented as percentages across all included studies*

.A

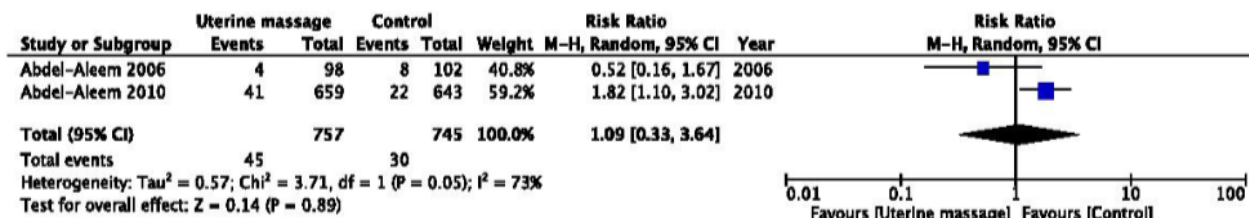
	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Abdel-Aleem 2006	?	?	-	-	?	+	?
Abdel-Aleem 2010	+	?	-	-	+	+	?
Chen 2013	?	+	-	-	?	+	-

.B



## 9.5 Bilag 5: Metaanalysens primære outcome (figur 2)

Figur 2 (Figure S3 i artiklen): Forest plot for the risk of postpartum hemorrhage





## 9.6 Bilag 6: Metaanalysens resultater (tabel 1)

Tabel 1 (Table S2 i artiklen): Primary and secondary outcomes

	Abdel-Aleem, 2006 <sup>9</sup>	Abdel-Aleem, 2010 <sup>10</sup>	Chen, 2013 <sup>11</sup>	Total	RR or MD (95% CI)	I <sup>2</sup>
PPH	4/98 vs 8/102	41/659 vs 22/643	NS	45/757 (5.9%) vs 30/745 (4.0%)	1.09 (0.31 to 3.90)	73%
Blood loss $\geq 300$ mL	5/98 vs 3/102*	111/659 vs 92/643	NS	116/757 (15.3%) vs 95/745 (12.8%)	1.23 (0.92 to 1.65)	0%
Blood loss $\geq 400$ mL	3/98 vs 2/102*	48/659 vs 24/643*	143/1,170 vs 144/1,170	194/1,927 (10.1%) vs 170/1,915 (8.9%)	1.15 (0.93 to 1.44)	69%
Blood loss $\geq 1000$ mL	0/98 vs 0/102	3/659 vs 1/643	5/1,170 vs 6/1,170	6/1,927 (0.3%) vs 9/1,915 (0.5%)	0.66 (0.24 to 1.86)	0%
Mean blood loss (mL)	204.29 $\pm$ 121.40 vs 281.66 $\pm$ 173.06	218 $\pm$ 346 vs 170 $\pm$ 132*	266.6 $\pm$ 146.5 vs 259.3 $\pm$ 143.8	-	7.42 mL (-3.08 to 17.93)	92%
Additional uterotonics (n)	5/98 vs 26/102	21/659 vs 20/643	225/1170 vs 210/1170	251/1,927 (13.0%) vs 256/1,915 (13.4%)	0.98 (0.81 to 1.18)	85%
Placenta delivered $\geq 60$ minutes after delivery	0/98 vs 0/102	0/659 vs 4/643	NS	0/757 vs 4/745 (0.5%)	0.11 (0.01 to 2.01)	NA
Manual removal of the placenta	0/98 vs 0/102	13/659 vs 11/643	NS	13/757 (1.7%) vs 11/745 (1.5%)	1.16 (0.51 to 2.60)	NA

Data are presented as number (percentage) or as mean difference  $\pm$  standard deviation in the uterine massage group vs control group

RR, relative risk; MD, mean difference; CI, confidence interval; NS, not stated; NA, not applicable; PPH, postpartum hemorrhage

\*Additional unpublished data obtained by the original authors

## 9.7 Bilag 7: Systematisk tekstkondenseringsskema

1903 - Lærebog i Jordemoderkunsten, L. Meyer	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Den har ingen hast og må helt foregå naturligt. Synker moderkagen ikke selv ned i fødselsvejen kan man lade den fødende presse let (aldrig strærkt). Eller med en hånd over isbenet udøve et let tryk nedad og bagtil (s. 111)

	<p>Efter ¾ time hvis moderkagen endnu ikke viser tegn til at ville løsnes kan jordmoderen udøve Crede's håndgreb (s. 112)</p> <p>Lægen tilkaldes efter 2 timer efter barnets fødsel uden efterbyrds fødsel.</p>
Beskrivelser af efterperioden/involution	<p>Livmoderbåndende, de brede som de runde, er slappe straks efter fødslen og trækker sig langsommere sammen end livmoderen.</p> <p>Livmoderens bevægelighed er derfor meget forøget i alle retninger og kvinden er udsat for nedsynkning eller lejeforandring af livmoderen de første barselsuger (s. 130-131)</p> <p>Livmoderen formindskes ved efterveer og er i reglen ret øm for tryk.</p> <p>Barnets patning ved brystet fremkalder ofte efterveer og det er gavnligt for moderen at give sit barn die (s. 131)</p>
Jordmoderens rolle i efterperioden	<p>§152 jdm er pålagt er passe på livmoderens forhold de første timer efter fødslen.</p> <p>Undgå farlige efterblødninger ved at gnide på livmoderen hvis den føles stor og slap. (s. 136)</p> <p>§152 står på side 113.</p> <p>Underlivet ombindes med et passende mavebælte, håndklæde eller lagen som dog ikke må strammes for meget s. 114</p> <p>Jordmoderen må aldrig behandle barselssengen med letsindighed (s. 136).</p> <p>§187 Søvn er heldbringende og tyder på velvære. Må ikke forstyrres. De første timer efter fødslen må der kigges på ansigtsudtryk og hudfarve for at man i tide kan blive opmærksom på styrt blødning (s. 136).</p> <p>Pulsen der under fødslen oftest er hurtig bliver langsommere, ofte endog usædvanlig langsom.</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	<p>Blødning må overlades til lægen. Han skal tilkaldes når blodtabet er betydeligt (s. 306)</p> <p>Hvad jdm kan gøre: Man må aldrig udstoppe livmoderen. Udspilingen af livmoderen vil svække dennes evne til at trække sig sammen.</p> <p>Vigtigt at passe at livmoderen hulhed udtømmes. "Moderen" renses, hvis der er hobet sig blod op i den. Dette sker bedst ved håndgreb ganske svarende til Credés. s. 307</p> <p>Omkrængning kan fremkaldes ved et tryk eller stød på modergrunden, som ved fejlagtig udført Credés håndgreb. Særligt når der begåes den fejl, at man trykker før livmoderen er blevet fast og hård s. 309</p>
<p>1915 - Lærebog i Fødselshjælpen, Bind I: Det normale Svangerskab, Fødsel og Barselseng, L. Meyer</p>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Når efterbyrdsperioden beskrives, spiller jordmoderen ingen central rolle. Der beskrives nemlig at hvor længe der går før efterbyrden udskydes, dels er afhængig af den fødendes fri vilje (side 125). Af dette udleder vi at jordmoderen ikke har en central rolle i denne del af</p>

	<p>fødslen, og efter byrden herved forløses passivt, særligt når de anvender formuleringen at “efterbyrden udstødes” (side 125). Det beskrives, at hvis kvinden anvender bugpressen vil efterbyrden fødes inden for 20-30 minutter, men at hvis hun ligger ganske stille og undlader at presse, kan det tage op til et par døgn før den udstødes. Dette mener vi ligeledes fortæller noget om, at jordemoderen ikke har været progressiv i efterbyrdsfasen. Vi mener, at der her ligger et rationale bag efterbyrdsfasen, hvor blødning måske ikke har været den største bekymring. Da de kan tillade, at der kan gå flere døgn før den fødes. Der beskrives at en langvarig efterbyrdsperiode af flere grunde er uheldig. Først og fremmest da den fødende trænger ro og hvile efter fødselens anstrengelser. Yderligere beskrives der at erfaring viser at jo længere efterbyrden opholder sig i uterus er der stadig <i>truende fare for blødning</i> (185). Her anvendes ikke begrebet risiko. De beskriver blot, at der er truende fare for blødning såfremt at der går lang tid før efterbyrden forløses, da placenta fylder i uterus og modvirker kontraktion (185). der skal være uafbrudt overvågning af efterbyrdsfasen for at holde øje med blødning. Dette beskrives som besværligt og derfor kan jordemoderen anvende håndgreb for at fremme forløsningen, så fremt at naturen ikke går sin gang. Håndtering af efterbyrdsperioden, såfremt den ikke kommer af sig selv: Let hånd føler hvor højt fundus uteri står, men afholder sig fra enhver gnidning eller trykken af uterus. Iagttage puls og fødende udseende. “Af og til føler man Fundus’ stand og trykker let for at prøve, om der har samlet sig blod i uterus” (186). Credes håndgreb beskrives yderligere ved fastsiddende placenta. Der skal dog mindst være gået tre kvarter før der må udføres dette håndgreb. Det beskrives som led i at give moderen ro, at man ønsker at forløse placenta. (186)</p>
<p>Beskrivelser af efterperioden/involution</p>	<p>Barnets patning kan fremkalde efterveer (202)</p>
<p>Jordemoderens rolle i efterperioden</p>	<p>Så snart efterbyrden er født, gælder forbuddet at fatte om uterus ikke længere. Nu skal jordemoderen tværtimod holde om den for at sikre sig at den er sammentrukket og forbliver således. Men man skal holde hånden stille, ikke gnide eller trykke, med mindre uterus er slap og blød. Hvis den er det, skal man da kugle den dvs. kredsformede gnidninger der skal få den til at kontrahere sig, så corpus nærmer sig en kugleform og bliver ganske hård og fast (187). Denne overvågning skal foretages 20 min efter efterbyrds fødsel, og kan være nødvendig at fortsætte, såfremt at uterus er atonisk. Efter suturering lægges der mavebælte på, som har til formål at udøve let kompression af underlivets indhold, for at støtte den slappe bugvæg.</p>
<p>Forebyggelse og behandling af PPH</p>	<p>forebyggelse: Ikke hive i NS eller trykke på uterus ved efterbyrdsfasen, såfremt at den ikke fødes kan der nøjsomt foretages</p>

	crepes kontrol af placenta.
<b>1938 - Haandbog for Jordemødre, E. Hauch</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Efterbyrdstiden, kaldes også “tredie Afsnit af Fødslen” - kort ophold i veerne, livmoderen hviler sig. Snart starter sammentrækninger igen, kaldet <b>Efterbyrdsveer</b> , og “ <b>under disse kugler Livmoderen sig frem mod Underlivsvæggen</b> ”. Placenta løsner sig i reglen 0,25-1 time efter barnets forløsning. (s. 109)
Beskrivelser af efterperioden/involution	Efterstadiet, pt. kræver jordemoderens “ <b>nøjere Tilsyn</b> ” <b>den første times tid</b> . Stadiet slutter, når blødningen er standset. Efterveer trækker livmoderen sammen og stopper blødning. Koagler danner propper i årene og hindrer blødning, selvom uterus afslappes (109-110). <b>Jordemoderen kan være nødt til at gnide livmoderen “meget stærkt og vedholdende”, for at få den til at trække sig sammen (297). I barselsengen kan man opleve “stærke blødninger”, hvor jordemoderen finder uterus blød og stor og trykker et blodkoagel ud for at standse blødning (321).</b> <b>Barnet sutter = livmoderen trækker sig sammen (s. 279).</b>
Jordemoderens rolle i efterperioden	Jordemoderen må holde nøjere tilsyn den første time efter fødslen (109). Jordemoderen skal være opmærksom på alvorligt blodtab, så der ikke opstår “faretruende tilfælde”. <b>Jordemoderen observerer</b> bl.a. bleghed, spændstighed i venerne, matte øjne, svimmelhed, <b>BT og puls</b> (271-272). Efter en blødning står jordemoderen for omsorgen for kvinden, og må bl.a. sørge for at hun har det varmt og tørt, samt får mad og drikke inkl. vin, cognac og snaps (272-273).
Forebyggelse og behandling af PPH	<b>Behandling af blødning ved vesvækkelse efter efterbyrds fødsel: kugling af livmoderen og fjernelse af dens indhold (udtrykning af blod og koagler)</b> , “hed udskylning af livmoderen” og 3 andre (s. 271). Behandling er lægens ansvar, men jordemoderen må vide, hvordan blødning stoppes og behandles. Det beskrives, at “der stilles meget store Fordringer til <b>Jordemoderens Koldblodighed, Ro og Energi i Tilfælde af Blødning</b> ” (274). Hinderester og andre efterladenskaber som kan føre til stærkere blødninger, kan trykkes ud ved <b>Crédés håndgreb</b> (321).
<b>1958 - Obstetrik med henblik på almen praksis M. Ingerslev</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Extrem konservatisme. Enhver manipulation kan forstyrre den normale løsningsproces og øge blødningen om placenta ikke allerede har løsnet sig spontant s. 170 Fundus uteri må ikke berøres og uterus ikke stimuleres ved manipulation s. 171 Uanset om man vil gribe ind efter 30 eller 60 minutter indledes

	<p>behandlingen som regel med forsøg på expression efter Crédés metode, fulgt af et nyt forsøg i narkose. Det må dog bemærkes at man særlig i England og Staterne i betydelig udstrækning er gået helt væk fra Crédés expression fordi indgrebet anset for traumatiserende og ret ofte svigter s. 282</p>
Beskrivelser af efterperioden/involution	<p>Straks efter fødselen ligger den fast kontraherede uterus foran columna lumbalis. Uterincaviteten er tom eller indeholder mindre koagler. I løbet af første døgn stiger fundus uteri 1-2 cm opad, antagelig som udtryk for hviletonus reduceres (s. 288)</p> <p>Involutionen befordres af diegivningsprocessen (s. 288)</p> <p>Pulsen vil i reglen være normal i barselsperioden, selvom ca. 10 % frembyder en moderat bradycardi af ukendt grænse s. 290</p>
Jordemoderens rolle i efterperioden	<p>Den første time eller to efter placentas fødsel må kvinden holdes under nøje observation både med hensyn til udvendig blødning og med henblik på fundus højde. Herefter vil jordemoderen afslutte behandlingen af normale tilfælde, idet hun kugler og exprimerer uterus samt anlægger stramt bind om underlivet og sterilt forlag for vulva s. 171.</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	<p>Kugler man en slap uterus således den bliver fast og hård, vil ophør af blødning næsten sikkert dokumentere, at blodtabet kom fra placentarstedet. s. 277</p> <p>Reducere blodtabets mængde ved vestimulerende midler s. 278</p> <p>Som al anden generel profylakse har denne form sin pris. Rent bortset fra, at man behandler utallige ganske normale og normalt forløbende tilfælde, og bortset fra det ubehag man må følge ved, at alle fødende udsættes for kraftig expression (aktiv metode) s. 278-279</p> <p>Uteri tonus og vevirksomhed kan stimuleres mekanisk, hormonal og termisk. Den <b>simpleste</b> mekaniske metode er massage af uterus ved kredsformede gnidende manipulationer over fundus, indtil der kommer fast kontraktion. Herefter kan man overlade uterus til sig selv eller holde hånden på uterus for atter at stimulere den, om den slappes så meget, at der kommer blødning (s. 280)</p> <p>Ved blødning efter efterbyrds fødsel kugles uterus, og der foretages expression af eventuelle koagler. Uterus holdes og om fornødent gives oxytoxin noget afhængig af hvornår og hvor meget, der er givet forud (s. 281).</p>
1964 - Ars Pariendi, D. Trolle	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Efterbyrds fødsel overlades “næsten ganske til naturen” og det beskrives, at hvis man for tidligt intervenserer, vil man forårsage forstyrrelse og “specielt er det forbudt at massere uterus eller forsøge at trykke den ikke løsnede efterbyrd ud”. Mens man venter på efterbyrds løsning, overvåges uterus (uden nærmere beskrivelse), kontrolleres blødning og puls.</p>

	<p>Kontraktionsgrad og stand af uterus vurderes med “let hånd på abdomen” (s. 57).</p> <p>Placentas forløsning: Kvinden opfordres til at presse (passiv forløsning) ellers kan jordemoderen hjælpe ved at kugle uterus og anvende simpel expression, men altid langsomt og tålmodigt (s. 58).</p>
Beskrivelser af efterperioden/involution	Efterperioden er begrænset til de første to timer. Her kontrolleres “med regelmæssige mellemrum” uteri stand og fasthed (uden nærmere beskrivelse), blødning, puls, <b>BT</b> og almentilstand (s. 58). Efter to timer kugles uterus for sidste gang (s. 58-59).
Jordemoderens rolle i efterperioden	Lige efter efterbyrds fødsel kugles uterus og blødning trykkes ud (s. 58). Jordemoderen kontrollerer med jævne mellemrum kvinden, se ovenover (og side 58-59).
Forebyggelse og behandling af PPH	Risiko nævnes ifm. PPH-profylakse (s. 58). Der nævnes 4 årsager til PPH, herunder fremhæver vi atoni og manglende udtømming af uterus (s. 102). Er uterus slap, stimuleres den med syntocinon og man forsøger “at kugle uterus op (kredsformede gnidninger med den flade hånd)” (s. 105). Selv store tilbageholdte koagler kan hindre “den nødvendige” kontraktion af uterus (s. 108).
<b>1975 Textbook for midwives - M. Myles</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Hvis naturen ikke gik sin gang efter barnets fødsel, hvor blodkarrene i uterus trækker sig sammen ville kvinden forbløde inden for et par minutter: Dette er den første sætning i afsnittet Control of bleeding under kapitlet third stage of labour.</p> <p>Oxytocin efter forløsning af barnets forreste skulder mindsker blodtab. Kvinden skal helst ligge fladt på ryggen, skal holdes varm. Kvindens puls betragtes til den bedste guide til hendes tilstand (296), derfor bør jordemoderen under hele efterbyrdsfasen have en finger på mors puls. Der beskrives at jordemoderen bør være stolt over at have så lille en blødning post partum som muligt. Dette mener vi fortæller noget om at, man begynder at være meget forebyggende overfor PPH (297). Kvinden ligger med benene trukket op og separerede. Hun har brug for jordemoderens hjælp til at få placenta ud, da naturen formentlig har skabt kvinden til at være stående i squad under placentas fødsel, men når hun placeres fladt på ryggen har hun brug for assistance (297). Jordemoderens arbejde under efterbyrdsfasen er generelt med henblik på forebyggelse af PPH.</p> <p>Kontrollerede træk i NS samt en hånd på uterus dog ikke fundus tryk sammen med træk i NS, da dette kan forårsage inversion af uterus.</p>
Beskrivelser af efterperioden/involution	
Jordemoderens	Den første time efter placentas fødsel betragtes som en del af

rolle i efterperioden	<p>efterbyrdsfasen. Den første time må kvinden slappe af, spise et let måltid og kan få sederende midler for at få hvile og søvn (404). Uterus bør føles som en cricketbold, blodtab skal være tilladelig. Hvis man mistænker at der står koagler i uterus skal disse trykkes ud, og uterus skal masseres indtil den er velkontraheret (404). Puls skal være mindre end 90 og blødning tilladelig (404).</p> <p>Efterveer beskrives som after pain, og beskrives som uregelmæssige veer, der typisk opstår inden for 48 timer. Nogle gange kan disse være forårsaget af koagler i uterus og den bør tømmes for disse (af en jordemoder) (411). Man opererer altså med at koagler i uterus generelt helst skal fjernes.</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	<p>Forebyggelse: god administration af efterbyrdsfasen (383)</p> <p>PPH-behandling: Kugl uterus og skab kontraktioner og tøm den for placenta eller blodkoagler så den kan trække sig sammen. Samt uteruskontraherende midler.</p>
<b>1977 - Obstetrik med henblik på almen praksis, M. Ingerslev</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Beskriver i teorien tidsrummet fra barnets fødsel til efterbyrdens udstødelse, men i klinikken medregnes ofte de følgende timer (s. 110). Det beskrives, at kvinden må presse for at udstøde placenta - intet nævnes om jordemoderens rolle (og intet om aktiv forløsning) (s. 111).</p>
Beskrivelser af efterperioden/involution	<p>Blødning i efterperioden kræver, at uterus tømmes (at placenta forløses) (s. 167). Blødning derefter håndteres ved kugling og expression (s. 168).</p> <p>Den simpleste måde at stimuleres til tonus i uterus er ved massage ("ved kredsformede gnidende manipulationer over fundus, indtil den kommer til fast kontraktion") (s. 167).</p> <p>Under afsnittet "Det normale puerperium" beskrives at uterus straks efter fødslen bliver fast kontraheret og ligger foran columna lumbalis.</p>
Jordemoderens rolle i efterperioden	<p>Det beskrives, at kvinden i det normale puerperium har brug for hvile og ro, såvel fysisk som psykisk.</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	<p>Det beskrives, at langt de fleste blødninger i efterbyrdsperioden skyldes "forstyrrelser i uteri tonus og vevirksomheden" - det forklares ikke at være atoni, men nedsat tonus (s. 165).</p> <p>"Der er ingen tvivl om, at de fleste tilfælde af blødning i efterbyrdsperioden kan forudses, og at mange kan forebygges" (s. 166).</p> <p>PPH forebygges også ved den normale fødsel ved at mindske angst og uro, som er vesvækkende og udmattende for den fødende (166).</p> <p>Det beskrives, at aktiv forløsning af efterbyrden som et led i blødningsprofylakse, har sin pris. Både er det ubehageligt for kvinderne, og man overbehandler utallige normale og normalt</p>

	fortløbende tilfælde, samtidig med at man som fagperson “må føle et ubehag” ved at udsætte alle fødende for “en kraftig expression”. Som dertil også øger risikoen for retention af hinder, placenta og kotelydoner (s. 167).
<b>1979 Obstetrik/gynækologi, basisbog, F. Larsen, O. Asbjørn &amp; T. Schmidt</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Placentas fødsel må ikke forceres ved forsøg på at trykke den ud, før den er løs - ellers er der risiko for, at der efterlades dele af den (224-225)
Beskrivelser af efterperioden/involution	Når uterus er tom, trækker den sig kraftigt sammen, hvorved de overrevne kar på placentarstedet snøres sammen. Der vil derfor ikke være væsentlig blødning, efter at placenta er afgået. Det samlede blodtab ligger normalt 50-300 ml (s. 99)  Uterus aftager hastigt i størrelse. Det indledes med, at uterus kontraherer sig lige efter fødslen, og uterus kontraktionen stimuleres herefter yderligere under diegivingen pga frigørelse af oxytocin (efterveer). Involutionen er betinget af de ændrede hormonale forhold (114).
Jordemoderens rolle i efterperioden	De første to timer efter fødslen skal kvinden observeres nøje. Man sikrer sig, at uterus holder sig velkontraheret, og at kvinden ikke bløder. Blodtryk og puls skal være stabile (s. 99).
Forebyggelse og behandling af PPH	Kontrol af uteruskontraktionen efter placentas fødsel. Uterus kugles, hvis den er slap, dvs. at man ved kredsformede gnidninger over fundus irriterer musklen, så den trækker sig sammen. Herefter tømmes den for evt. koagler ved tryk på fundus nedefter i bækkenets akse, og endelig holdes den med hånden i gribestilling omkring fundus, indtil den holder sig kontraheret selv. s. 225  Da en blødning i tilslutning til en fødsel meget hurtigt kan blive ganske betydelig, skal man omgående reagere (s. 225)  Efterkontrol: En kvinden som har blødt meget under eller efter fødslen må naturligvis nøje kontrolleres i efterperioden og barselsperioden. Det gælder især: blodtryk, puls, hudfarve, hudtemperatur, ydre blødning, diurese, symptomer på infektion. s. 228
<b>1983 - Klinisk Obstetrik J. Falck Larsen &amp; Tove Schmidt</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Når tegn på placentas løsning viser sig, opfordres kvinden til at presse, hvorpå placenta gribes mellem hænderne. Har kvinden svært ved at presse placenta ud, kan man støtte fundus uteri med en flad hånd der trykker let nedad og opad i bækkenaksen. Under normale omstændigheder skal der dog ikke trykkes på uterus, da dette kan



	forårsage øget risiko for blødning i efterbyrdsperioden (83) af samme grund bør placentas fødsel derfor heller ikke forceres. Det er kun hvis der er gået over 30 min og placenta ikke forløst, eller hvis der opstår blødning under perioden, bør der tages håndgreb i brug.
Beskrivelser af efterperioden/involution	
Jordemoderens rolle i efterperioden	Når placenta er forløst, holdes der nøje øje med kvinden i de følgende to timer, eller længere hvis kvindens tilstand ikke er tilfredsstillende. Denne tid kaldes efterperioden. Her skal der hyppigt kontrolleres om uterus er velkontraheret, og at det ikke bløder. Når blødning kontrolleres ved at uterus kugles "ved kredsformede gnidninger med fingrene svarende til fundus. Når den er fast kontraheret, trykkes eventuelle koagler ud. Kun på denne måde kan man vurdere blødningen omfang og sikre sig at uterus holder sig kontraheret... Er kvindens tilstand tilfredsstillende efter to timer kan hun overflyttes til barselsgangen". Ved kvindens ankomst til barselsgangen kontrolleres puls, blodtryk, temperatur, almentilstand samt tilser blødning. Dagen efter skal lægen ved stuegang atter vurdere kontraktionsgraden af uterus og forhører sig til blødning samt vandladning. Inden udskrivelse foretages der gynækologisk undersøgelse (346).
Forebyggelse og behandling af PPH	Observerer man blødning i efterbyrdsfasen må man reagere hurtigt, da kvinden hurtigt kan komme i alvorlig fare. Dels fordi man kan undervurdere blødning, da den kan hobe sig op i uterus og derfor være skjult (262). Forebyggelse: skønsom håndtering af fødsel, uteruskontraherende middel, ikke forcere placentas fødsel, kontrollere kontraktionsgraden af uterus så snart placenta er født, såfremt den er slap kugles den, og forsøges at trykke koagler ud.
<b>1992 Baillieres midwifery dictionary, Betty R. Sweet</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Når placenta skal fødes trykker jordemoderen på den kontraherede uterus med sin venstre hånd ned mod bækkenet. Denne handling kan beskrives som et stempel, hvor placenta skubbes ud af uterus. Ulempen ved denne behandling er at det kan føles meget ubehageligt for kvinden og pålægge belastning af ligamenterne i uterus da de kan blive forskubbet (372). Placenta forløses aktivt, der gives syntocinon og efter ca. 2,5 min frigives placenta.
Beskrivelser af efterperioden/involution	

Jordemoderens rolle i efterperioden	Efter placentas fødsel er det vigtigt at jordemoderen sikrer sig at uterus forbliver kontraheret. Moderens puls, blodtryk, temperatur kontrolleres. Moderen bør ikke forlades i den første time efter fødslen, eller før jordemoderen er tilfreds med uterus' kontraktion samt puls, blodtryk og at kvindens blære er tom (372) Sørge/være opmærksom på om kvinden har en fuld blære og eller tarm, så det ikke hindrer involtation (411). Uterus palperes inden kvinden bliver udskrevet til hjemmet, hvor størrelse og position noteres (413).
Forebyggelse og behandling af PPH	Behandling: lightly massage the uterus, så den kontraherer sig, og tryk koagler ud, såfremt at placenta er født. Samt uteruskontraherende midler.
<b>1993 Obstetrik och gynekologi klinisk praxis och teoretisk bakgrund, S. Brody</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Dette er en af de mest kritiske tidspunkter under fødslen med risiko for livstruende blødning. Disse komplikationer opstår grundet en mangelfuld kundskab om placentas normale forløsning mekanisme og de klassiske tegn på placentas løsning og de faresignaler som observeres og taler for en mere aktiv forløsning samt <b>de regler der foreligger for efterkontrol af uterus-kaviteten</b> s. 424. massage af uterus inden placenta er født kan fremkalde lokale kontraktioner i uterus med partiel løsning og i følge deraf stor atonisk blødning s. 425.  Indikationer for aktiv forløsning er rigelig eller pågående blødning eller når placenta endnu ikke forløst > 30 min efter barnets fødsel. Rigeligt blødning kan let konstateres hvis den er ydre. Er den dog indre samles blødning i uterus uden nogen umiddelbar ydre synlig blødning. Herved øger livmoderen sig og bliver større og fundus skyder op over umbilicus. Uterus er nu i modsat til den "toppede" uterus blød i konsistensen med en bred fundus som ligger i midtlinjen og ikke er for høj s. 426  Fastsiddende placenta: Credés under anæstesi. Manøvren er i almindelighed mere effektiv da patienten ikke spænder imod (s. 426)
Beskrivelser af efterperioden/involution	Blødninger i efterperioden er i dag en af de vigtigste anledninger til dødsfald i slutningen af forløsning. Trods obstetriske bedringer er det ikke lykkedes at eliminere denne komplikation.
Jordemoderens rolle i efterperioden	***
Forebyggelse og behandling af PPH	Overstiger blødningen 600 ml anses det som patologisk og patienten befinder sig i en potentiel katastrofesituation s. 491. Profylaktisk jernbehandling og tilstrækkelige kostvaner øger patientens modstandskraft mod blødninger s.495.

1997 - Obstetrik, J.F. Larsen et al.	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Når tegn på placentas forløsning viser sig, opfordres kvinden til at presse og man tager imod placenta - her trækkes med forsigtige segje træk i placenta, for at få alle hinder med. Har kvinden svært ved at presse, kan man hjælpe ved at støtte på fundus uteri med en flad hånd. Man må hverken trække hårdt i navlesnoen eller trykke hårdt på fundus, og kontraktionen af uterus synes at være bedst, hvis man ikke forcerer placentas fødsel (s. 136).
Beskrivelser af efterperioden/involution	Efter kvittering af placenta sikrer man sig (jeg formoder at der her er tale om jordemoderen), at uterus er velkontraheret og vaginal blødning er tilladelig. Man sikrer sig flere gange i denne periode, at uterus fortsat er velkontraheret og blødningen er tilladelig, men uterus kugles kun (med cirkelformede bevægelser med fingrene svarende til fundus), hvis der er utilladelig blødning. Når uterus er velkontraheret udtrykkes eventuelle koagler (ifm. kugling). Blodtryk og puls kontrolleres, samt man observerer almentilstand (altid). (s. 138)
Jordemoderens rolle i efterperioden	Jordemoderen tjekker kontraktion af uterus og vaginal blødning. Derefter sikrer hun sig, at der ikke er suturkrævende bristninger. Kvinden observeres som regel et par timer på fødeafsnittet, og proceduren er som beskrevet i kolonnen ovenfor (s. 138). Det er jordemoderens rolle at skrive journal (s. 140). Bogen indeholder et helt afsnit om information til kvinden i den normale barselsperiode. Her beskrives, at kvinden bør være velinformeret, blandt andet i forhold til blødningsmængde, lochier, efterveer, humørsvingninger, fysisk aktivitet og seksuel aktivitet. Inden udskrivelse bør kvinden have mulighed for en efterfødselssamtale (s. 178).
Forebyggelse og behandling af PPH	Blødning i puerperiet: "Det er et skøn, hvornår der er tale om så rigelige blodige lokkier, at det kræver nærmere undersøgelse og behandling" (s. 407). Abnorm blødning i puerperiet kan skyldes atoni (407).
2002 - Obstetrik: Falck Larsen, Skajaa, Westergaard, 2. udgave	
Håndtering af efterbyrdsfasen	se i PPH-forebyggelses-afsnittet
Beskrivelser af efterperioden/involution	Efter kvittering af placenta sikrer man sig (jeg formoder at der her er tale om jordemoderen), at uterus er velkontraheret og vaginal blødning er tilladelig. Man sikrer sig flere gange i denne periode, at uterus fortsat er velkontraheret og blødningen er tilladelig, men uterus kugles kun (med cirkelformede bevægelser med fingrene svarende til fundus), hvis der er utilladelig blødning - her er tilskrevet siden sidste udgave, at man kun "forsigtigt" stimulerer uterus (s. 132). Når uterus er

	<p>velkontraheret udtrykkes eventuelle koagler. Blodtryk og puls kontrolleres, samt man observerer almentilstand (s. 132).</p> <p>Barnet kan lægges til brystet, når mor og barn er klar, dette vil øge oxytocin-udskillelsen og give efterveer, som fremmer kontraktionen af uterus (tilskrevet siden sidste udg.) (s. 132-133).</p> <p>En jordemoder må først forlade en kvinde efter hjemmefødsel efter to timer (tilskrevet siden sidste udg.) (s. 133).</p> <p>I afsnittet omkring barselsperioden står følgende citat, som fastslår en betydelig ændring i måden, hvorpå man har tænkt om de barslende kvinder: "Fokus har ændret sig fra hovedsagelig rutinemæssig kontrol af somatiske funktioner samt pleje af mor og barn til sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter" (s. 163).</p>
Jordemoderens rolle i efterperioden	Se de andre rubrikker
Forebyggelse og behandling af PPH	<p>I denne udgave af "Obstetrik" er et nyt tilkommet afsnit ved navn "Blødning efter barnets fødsel", følgende er redegjort ud fra det afsnit. Placentas forløsning må ikke forceres ved forsøg på at trykke den ud, før den er løs, fordi det medfører risiko for at kotelydoner sidder fast. Der gives enten methergin eller syntocinon ved forreste skuldres forløsning. Så snart placenta er forløst, må man (jordemoderen) sikre sig ved palpation af nederste del af abdomen at uterus er velkontraheret. Hvis uterus ikke kontraheres kugles den med kredsformede gnidninger på fundus, derefter gives et "let" tryk på fundus og koagler trykkes ud.</p>
<b>2010 Jordmorboka A. Brunstad og E. Tegnander</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Efterbyrdsfasen beskrives som en kritisk periode, hvor kvinden er i den største blødningsfare (430). Fasen beskrives til at vare i gennemsnit 6 minutter, hvor hos 33% af kvinderne varer den mere end 30 minutter, hvilket øger risiko for blødning.</p> <p>Manipulering og massering af uterus før placenta er løsnet bør undgås, da det kan føre til ufuldstændig løsning og øget blødning (431).</p> <p>Udskillelsen af (naturligt) oxytocin påvirker hvordan fasen udvikler sig. Det når dets maks efter 15 min efter barnet fødsel, men der er ligeledes en signifikant øgning efter 30 og 45 min. Efter 60 min er niveauet tilbage til samme niveau som før fødslen (431).</p> <p>For at få placenta til at løsne sig hurtigere og reducere blødning kan jordemoderen intervenere på forskellige måder, fx ved at lægge barnet til moderens bryst (431). Når placenta er løsnet fra uterus er det vigtigt at den forløses hurtigt, så uterus kan trække sig sammen, og forblive således. Jo længere tid der går jo mere blødning (431).</p> <p>Efter placenta er løst skal jordemoderen kontrollere om uterus trækker sig sammen.</p>

Beskrivelser af efterperioden/involution	Når uterus er tom, kontraheres og retraheres de glatte muskelfibre i myometriet under påvirkning af oxytocin. Placenta og koagler hindrer god kontraktion af uterus, og kan derfor forsinke involutionsprocessen (538). God kontraktion af uterus skal føles rund og hård (539).
Jordemoderens rolle i efterperioden	Føder kvinden i hjemmet, må jordemoderen ikke forlade hende før hun ved at alt er godt med mor og barn. Føder kvinden på sygehus bliver hun ikke overført til barselsgangen eller hjemmet før vitale organer har begyndt omstillingen til det normale og alt er stabilt. Jordemoderen må derfor have fokus på at identificere risiko og forebygge komplikationer ved at overvåge omstillingen, samtidig med at hun skaber ro og fred for familien. Jordemoderen skal journalføre: blodtryk, puls, blødning: type og behandling, vandladning, uterus' stand, temperatur, amning.
Forebyggelse og behandling af PPH	Forebyggende: aktiv forløsning af placenta. Behandling: komprimerer helst ved bimanuel kompression. samt de sædvanlige behandlingstiltag.
<b>2011 Ars Pariendi, J. Sørensen, B. Ottesen, T. Weber</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Samme som i Ars Pariendi 2020.
Beskrivelser af efterperioden/involution	Det om amning. Samme som Ars 2020.  Sikrer, at barnet holdes tørt og varmt. Det gøres lettest ved, at barnet er hos moderen eller partneren, gerne hud mod hud. s. 43  Generelt også meget patologi.
Jordemoderens rolle i efterperioden	Vurdering af uterus' kontraktion og vaginal blødning. Kontrol af kvindens blodtryk og puls (s. 41)
Forebyggelse og behandling af PPH	Samme som Ars 2020 dog uden bemærkningen om mere medicin og effekt på at mindske PPH. De skriver at profylaktisk uterotonika nedsætter behovet for yderligere behandling med <b>uterotonika</b> .
<b>2012 Mayes' midwifery (Macdonald, S., Magill-Cuerden, J., Warwick, C.)</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	Efter fødslen af barnet kan moren sidde op. Dette forebygger kompression af uterin blodflow der returnerer til hjertet via vena cava inferior og tillader tyngdekraften med at assistere til placental ejektion sammen med synet, lydende og sensorisk kontakten mellem mor og barn som stimulerer en signifikant stigning af central og perifer udskillelse af oxytocin 473-474 *** det vi ikke forstod om oxytocin niveau efter fødslen. s 473 Den uforstyrrede blodstrømning i den intakte NS reducerer placentas størrelse ved at overføre ca. 120 ml blod til barnet.

	<p>Placenta løsnes fra uterinvæggen og falder ned i uterinkaviteten og ud af cervix og falder derved ned i vagina. Placentas separation efterlader et sårflade på 300 cm<sup>2</sup> som indeholder omtrent 100 spiralarterier hvor maternel blod koagulerer hurtigt på grund af en hurtig og enorm øgning af forskellige koagulationsfaktorer. s 474</p> <p>Fordelene ved aktiv forløsning til kvinder som er i risiko for at bløde kan ikke diskuteres hvorimod den vilkårlige brug til kvinder med lav risiko er udfordret. s. 535 Aktiv forløsning er ikke uden risiko og komponenterne heri, som reducerer blodtab er endnu ikke klart identificeret. En mere individuel målrettet tilgang må fremlægges frem for dets vilkårlige brug til alle kvinder s. 535 .</p> <p>Et alternativ til aktiv forløsning er afventende behandling også kaldet passiv, fysiologisk eller naturlig forløsning. Dette er en “package of care” hvor der er <b>ingen</b> aktive interventioner er i den normale fysiologiske proces. Det er karakteriseret ved at kvinden selv er den aktive i at føde placenta og hinder og jordemoderen rolle er “watchful waiting”.</p> <p>Jordemoderen rolle er at tilbyde kvinden et kærligt valg for hendes individuelle behov hjælpe og monitorere de normale fysiologiske, sociologiske og psykologiske processer, at finde de kvinder som afviger fra normen og tilbyde passende hjælp som kan indeholde aktiv forløsning af fødselens tredje stadie s. 535</p>
<p>Beskrivelser af efterperioden/involuition</p>	<p>Det indikeres i flere studier at maternelle og neonatale udfald bedres ved kvindens valg af fødested, følelsesmæssig sikkerhed, (...) og uforstyrret mor-barn sensorisk kontakt især de første timer af det ekstrauterine liv s. 463</p>
<p>Jordemoderens rolle i efterperioden</p>	<p>Når man visualiser/skønner blødning indenfor den første time efter fødslen er det højst sandsynlig forkert. Det signifikante blodtab ved fødsler må altid vurderes i relation til den forøgelse af blodvolumen der sker under graviditet s. 474</p> <p>Care following birth (the fourth stage)</p> <p>Efter fødslen af placenta palperer jordemoderen kvindens abdomen for at sikre at uterus er velkontraheret, vurderer vaginal blødning og se efter eventuelle bristninger. Jordemoderen sørger for at kvinden føler sig komfortabel. Dette er det ideelle tidspunkt for jordemoderen at dele forældrenes lykke over barnet og opmuntre til spørgsmål som kan være en glimrende mulighed for sundhedsfremme og facilitere forældre/barn tilknytning.</p> <p>De fleste kvinder vil sætte pris på tidlig kontakt med deres baby og der er evidens for at denne tidlige forcerede kontakt signifikant har en effekt på moderens velbefindende når det måles 6 uger post partum. Faren ønsker ofte også at dele denne oplevelse med sin familie og skal opfordres til dette. Ovenstående må være en prioritet over mange</p>

	<p>rutinemæssige gøremål. Kvinder som har planlagt at amme skal opmuntres hertil umiddelbart efter fødslen, gerne indenfor den første time. Her har barnet også en stærk suttelyst og en succesfuld amning er godt for både mor og barn. Tidlig amning er associeret med efterfølgende succesfuld amning, som udskiller en stor mængde oxy som stimulerer uterinkontraktion og hjælper med at vedligeholde hæmostase. s. 544.</p> <p>“ongoing care” inkluderer regelmæssige undersøgelser af kvinden abdomen for at sikre at uterus fortsat er kontraheret og observation af lokkier. Kvinden opfordres til at tisse, da en fuld blære predisponerer til afslappelse af uterus og stort blodtab. Hvis dette sker skal jordemoderen tømme blæren og massere uterus for at stimulere til kontraktion s. 544. Jordemoderen skal blive på fødestuen/stuen mindst en time efter fødslen</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	
<b>2017 Jordmorboka, Brunstad og Tegnander</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Det meste er gentagelser fra jordmorboka fra 2010. Dog få ændringer: Ved manipulering og massage af uterus inden placentas forløsning: bør undgås, da det kan føre til ufuldstændig løsning, <b>SMERTER</b> og øget blødning. Derimod kan massering af uterus efter placentas fødsel stimulere udskillelsen af prostaglandiner og dermed fremme kontraktionen af uterus og reducere blødning. (alt fra side 478)</p>
Beskrivelser af efterperioden/involution	
Jordemoderens rolle i efterperioden	<p>Når placenta er forløst palperer jordemoderen fundus uteri, for at sikre sig om uterus er godt kontraheret, noget som gøres jævnlig i observationstiden (480). Dette fremgår altså her i jordmorboka, at i observationstiden skal uterus palperes, dog ikke at den skal tømmes. Men der står ikke noget med 1 og 2 timer pp. (478). Den første time efter barnet er født, betegnes ofte som <i>den hellige time</i>. Tilknytningsfasen bliver i praksis ofte afgrænset til to timer efter efterbyrdsfasen.</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	Samme som i Jordmorboka fra 2010.
<b>2020 Ars pariendi Sørensen, Johansen, Weber og Ottesen</b>	
Håndtering af efterbyrdsfasen	<p>Aktiv forløsning beskrives som vi kender den side. 47 (synto i.m beskrives ikke i led med dette kapitel). Men på side 271 står skrevet profylaktisk bør anvendes uterotonika i fødselens tredje stadium, da det</p>

	<p>medfører en signifikant reduktion i forekomsten af atoniblødning post partum og <b>nedsætter behovet for yderligere behandling</b>. (uterus tryk?)</p> <p>Jordemoderen holder den ene hånd placeret på fundus lige over symfyssen, og med den anden hånd trækkes der moderat i NS samtidig med at kvinden presser.</p> <p>Jordemoderen sikrer herefter (forløsning af placenta), at uterus er velkontraheret ved <b>palpation</b> af uterus og observation af vaginalblødning s. 48</p>
Beskrivelser af efterperioden/involuktion	<p>Når barnet dier, bevirker frigørelsen af oxytocin, at uterus kontraherer yderligere s. 49</p> <p>Intet afsnit om barselsperioden eller efterperioden. Generelt meget patologisk. Sygdomsorienteret og opsporende arbejde.</p> <p>Har det nyfødte barn det godt, placeres det hud til hud på den fødendes kvindes bryst såfremt hun ønsker det. Det nyfødte barn kan også placeres hud til hud hos den fødendes partners bryst. <b>For at forhindre varmetab tørres barnet med en varm ble og tildækkes</b>. De beskriver altså ikke noget om tilknytning men ren årsagsforklarende og forebyggende til grunden for hud til hud.</p>
Jordemoderens rolle i efterperioden	<p>Efter fødslen vurderer jordemoderen uteruskontraktion og vaginal blødning. Hun kontrollerer kvindens almentilstand, blodtryk og puls og sikrer sig, at kvinden kan lade vandet (s. 59) Oversigt over jordemoderens rolle de første 2 timer af barselsperioden på side 48. Ingen forklaringer til hvordan kontraktionsgraden kontrolleres.</p>
Forebyggelse og behandling af PPH	<p>Selvom dødsfald i DK forekommer yderst sjældent, giver det stadig anledning til omfattende og livstruende morbiditet blandt fødende kvinder. Det er derfor <b>nødvendigt</b>, at enhver der varetager fødsler, har viden om håndteringen af alvorlig obstetrisk blødning s. 271</p> <p>Nyere studier tyder på, at kombinationen af oxytocin med andre uterotonika reducerer post partum blødning mere effektivt, hvilket på sigt vil kunne føre til en ændret praksis s. 272</p> <p>Mange tilfælde af blødning optræder dog uvarslet hos kvinder uden risikofaktorer s. 272.</p>