



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

VK 10

Föda med föda?

Rutiner kring kostintag på svenska förlossningskliniker

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15hp

Avancerad nivå, 2011

Författare:

Carola Bjurman

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Pernilla Gustavsson

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare

Annika Samsioe

Leg. Barnmorska

Med. Dr.

Examinator

Anna Hjelmstedt

Leg. Barnmorska

Med. Dr.



Department of Women's and children's Health

Division of Reproductive Health

VK 10

Food intake during active labour?

Swedish maternity ward routines

Examination project in sexual, reproductive and perinatal health care, 15 ect

(Advanced level), 2011

Authors:

Carola Bjurman

RN

Student Midwife

Pernilla Gustavsson

RN

Student Midwife

Supervisor:

Annika Samsioe

RNM

PhD

Examinator:

Anna Hjelmstedt

RNM

PhD

SAMMANFATTNING

Bakgrund: En kvinna under aktiv förlossning behöver energi. Det ser olika ut kring kvinnors kostintag under aktiv förlossning runt om i världen. Forskning kring aspirationspneumoni inom obstetrike är fortfarande otillräcklig och bestämmelser och restriktioner kring kostintag är därför varierande över världen.

Syfte: Att kartlägga vilka rutiner som finns samt vilka riktlinjer förlossningskliniker i Sverige har kring kostintag för en frisk kvinna under normal förlossning i aktiv fas.

Metod: En nationell kartläggning om rutiner och riktlinjer kring kostintag under aktiv förlossning har gjorts genom telefonkontakt och/eller e-postmeddelande med Sveriges samtliga 46 förlossningskliniker.

Resultat: Svar erhöles från samtliga 46 förlossningskliniker i Sverige. På 33 kliniker fick kvinnan under aktiv förlossning äta valfri kost. På elva kliniker fick kvinnan endast äta flytande föda. På två kliniker fick kvinnan äta valfri kost fram till det att epiduralbedövning administrerades. Ingen klinik hade fasta som rutin. Av samtliga 46 kliniker hade elva skriftliga PM/riktlinjer. På nio kliniker uppgavs att det fanns muntliga riktlinjer. Resterande 26 kliniker uppgav att de saknade PM/riktlinjer.

Slutsats: Denna studie visar att det finns olikheter kring rutiner på förlossningskliniker i Sverige kring kvinnors kostintag under aktiv förlossning. En stor andel kliniker saknade skriftliga PM/riktlinjer. Vi tycker att det är viktigt att barnmorskor och obstetiker tillsammans med anestesiloger kommer överens om skriftliga nationella riktlinjer som stämmer överens med aktuell forskning och beprövd erfarenhet för att kunna erbjuda födande kvinnor likvärdig vård på alla kliniker i Sverige.

Nyckelord: Fast föda, flytande föda, förlossning, oralt intag, PM, riktlinjer

ABSTRACT

Background: A woman in active labour needs energy. There are differences in women's nutritional intake during active labour around the world. The fear of aspiration under general anaesthesia is still strong in anaesthesiologists, however many countries have reduced their restrictions around nutritional intake for women in active labour.

Objective: To investigate which routines and guidelines there are at Swedish maternity wards on nutritional intake for a healthy woman in an active stage of labour during a normal delivery.

Method: A national mapping of routines and guidelines on nutritional intake during active labour has been conducted through telephone interviews and/or e-mail contact with Sweden's 46 maternity wards.

Result: Replies from all 46 maternity wards were obtained. In 33 maternity wards woman in active labour were allowed any food intake. Eleven maternity wards only allowed liquid diet. Two maternity wards allowed some kind of food until the epidural had been administered. No maternity ward had parenteral as a routine. There were only eleven out of all the 46 maternity wards who had written guidelines. Nine maternity wards stated that there were verbal guidelines. The remaining 26 maternity wards stated that they did not have any memorandum/guidelines.

Conclusion: This study has shown that there are differences between maternity wards when it comes to nutritional intake during active labour. A vast majority of maternity wards were missing/did not have written memorandums/guidelines. We believe that it's important that midwives, obstetricians together with anaesthesiologist agree on written national guidelines that includes new research and clinical experiences so that every labouring women are provided with equal treatment at all clinics in Sweden.

Keywords: Guidelines, labour, liquid food, oral intake, memorandum, solid food.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Historik	1
2.2 Kroppsliga förändringar under graviditet	2
<i>2.2.1 Fördröjd tömning av maginnehåll</i>	2
2.4 Ketos	4
2.5 Gravida kvinnors önskemål	5
2.6 Kostintag och riktlinjer för en kvinna i aktiv förlossning i världen	6
3. PROBLEMFÖRMULERING	6
4. SYFTE	6
5. FRÅGESTÄLLNINGAR	7
6. METOD	7
6.1 Design	7
6.2 Datainsamling	7
6.3 Dataanalys	8
7. ETISK GRANSKNING	8
8. RESULTAT	8
9.1 Resultatdiskussion	10
9.2 Metoddiskussion	15
10. SLUTSATS	17
11. NYA FORSKNINGSPRÅG	17
REFERENSLISTA	18

BILAGOR

Bilaga 1: Brev med frågeställningar till avdelningschef.

Bilaga 2: Kartläggning av kostintag och PM/riktlinjer på
förlossningsklinikerna i Sverige.

Bilaga 3: Kommentarer givna från klinikchefer och barnmorskor på
förlossningsklinikerna.

1. INTRODUKTION

En kvinna i aktiv förlossning behöver mycket energi för att orka genom hela förlossningsförloppet. Under vår verksamhetsförlagda utbildning har det diskuterats bland obstetiker och barnmorskor hur kostintaget hos en kvinna under aktiv förlossning bör vara. Genom dessa diskussioner har vi förstått att det skiljer sig åt på våra förlossningskliniker i Sverige. Det är dessutom osäkert vad restriktioner kring kostintag bottenar i för kunskaper. Detta har lett till att vi valt att undersöka hur det verkligen ser ut för en födande kvinna på Sveriges förlossningskliniker. Finns det PM/riktlinjer som styr respektive kliniks handläggning kring kvinnans kostintag under aktiv förlossning?

2. BAKGRUND

2.1 Historik

Historiskt har kvinnor blivit uppmuntrade att äta och dricka under förlossningen för att tillföra energi och för att kunna upprätthålla ett bra värkarbete (1). Dr DeLee beskrev 1918 i sin lärobok för barnmorskor att det var av stor vikt att en födande kvinna åt och drack under förlossningen. Detta för att förebygga trötthet, utdraget förlossningsförlopp samt för att undvika postpartum blödning (2). I början av 1940-talet ändrades synsättet kring mat och dryck och vårdgivare började tro att mat och dryck var farligt att inta under förlossningen (3). Begreppet "noll per os" hos obstetriska patienter uppstod av rädsla när det upptäcktes att en kvinnas maginnehåll kunde aspireras under generell anestesi. Generell anestesi hade i början av 1900-talet blivit vanligt förekommande då kvinnor krävde att få sova under förlossningen i smärtlindrande syfte. Då det inte fanns så många anestesiloger som hade kompetens att utföra generell anestesi på gravida kvinnor uppstod många anestesirelaterade dödsfall (1).

År 1946 beskrev Dr Curtis Mendelson fenomenet kring aspiration av maginnehåll vid generell anestesi hos förlossningspatienter. Han noterade att denna grupp patienter kunde kräkas upp fast föda 24-48 timmar efter intag. Han experimenterade på kaniner kring detta och kom fram till att aspiration av osmält mat till lungorna skapade obstruktion men inte aspirationspneumoni. Inga dödsfall uppstod på grund av aspiration av vätskor med neutralt pH. Dödsfall hos kaninerna inträffade bara vid aspiration av material som innehöll saltsyra (1,4). Mendelson granskade 44 016 förlossningsjournaler

i USA och identifierade 45 fall av anestesirelaterade aspirationer. Ingen kvinna avled genom aspirationspneumoni och alla tillfrisknade (4). Mendelson rekommenderade utifrån sina resultat att kvinnor under förlossningen skulle vara fastande. Genom att förbjuda mat och dryck under en förlossning skulle maginnehållet reduceras och risken för maternell aspiration minskas under generell anestesi (1). Utifrån Mendelsons teori av aspiration av maginnehåll har sedan anesthesiologer runt om i världen blivit restriktiva kring kostintag under aktiv förlossning (1, 5, 6).

Efter Mendelsons undersökning sågs en ökning av anestesirelaterade pneumonier trots fastande kvinnor. Ökningen sågs pågå under 20 års tid för att sedan minska. Detta har sammankopplats med de mediciner som infördes för att förhindra uppkomsten av aspirationspneumonier. Det visade sig att de mediciner som gavs hade bieffekter som reducerade kvinnors möjlighet att kontrollera eller förebygga aspiration av maginnehåll (4). Sedan 1946 har tekniken kring anestesi utvecklats. Idag används generell anestesi alltmer sällan och stora framsteg har skett både tekniskt och farmakologiskt (4, 5, 6, 7). Antacida och histamin har utvecklats och används mer frekvent (5, 7). Tekniken kring intubering har förbättrats men misslyckad intubering är fortfarande en anledning till komplikationer vid generell anestesi inom obstetrik. Användandet av regional anestesi har ökat och vid många tillfällen ersatt generell anestesi. Alla förändringar tillsammans har lett till en reduktion av maternell morbiditet och mortalitet (5).

2.2 Kroppsliga förändringar under graviditet

Under graviditeten genomgår en kvinnas kropp många förändringar (1, 5). Intubation under graviditeten är komplicerat på grund av de anatomiska förändringar som sker hos kvinnan i form av ökad kroppsvikt och förstorade bröst. Dessutom är födande kvinnor unga och har oftast välbevarade tänder vilket försvårar applicering av laryngoskop. En fysiologisk förändring som sker är fördröjd tömning av maginnehåll. Denna förändring kan innebära en ökad risk för uppstötningar med påföljande aspiration (5).

2.2.1 Fördröjd tömning av maginnehåll

I mag- och tarmkanalen leder höga halter av hormonet progesteron till minskad peristaltik i tarmarna (1, 8). Progesteron har även en relaxerande effekt på glatt muskulatur som leder till nedsatt tonus vilket ger minskat muskeltryck i nedre magmunnen. Minskad mängd av hormonet motilin leder till reducerad nedbrytning av

maginnehåll (1). På grund av en växande livmoder får magsäcken genom rotation en horisontell position. Det mekaniska trycket från uterus försvårar tömningen av magsäcken och fickor med maginnehåll bildas. Fördröjd tömning av magsäcken ökar risken för kräkning (9, 8, 10).

Kräkning är en vanlig åkomma under förlossning men alla födande kvinnor kräks inte. Att intag av fast föda leder till kräkning har visat sig motsägelsefullt. Någon studie har sett en ökad risk för kräkning av maginnehåll som skulle kunna öka risken för aspiration vid generell anestesi (8). Andra studier menar att kostintag inte påverkar antalet kvinnor som kräks under förlossningen (9, 8, 10). Andra faktorer som setts påverka en fördröjd tömning av magsäcken är smärta, stress, oro och smärtlindring (8).

2.3 Vätske- och energibehov under förlossningen

Under graviditeten samlar den gravida kvinnan på sig extra fett- och vätskedepåer. Friska gravida kvinnor har en ökad mängd vätska extracellulärt i kroppen (1, 11). Ett stort vätskeintag under förlossningen kan orsaka hyponatremi hos mor och barn. Vätskan går snabbt ut i de extracellulära rummen och ger perifera ödem. Symtom vid hyponatremi är illamående, huvudvärk och en onormal trötthet. I vissa fall har kvinnor även visat en viss medvetande sänkning samt fått kramper vilket lätt kan misstolkas och tros bero på andra orsaker som dehydrering och preklampsi (11). Även nyfödda barn har uppvisat svåra symtom på grund av övervätskning hos mamman så som viktnedgång, hyperbilirubinemi och respiratorisk stress. Hyponatremi hos födande kvinnor associeras med förlängt öppningsskede, instrumentell förlossning och ökad risk för sectio (12).

Forskare menar att en rimlig mängd vätska att inta under förlossning är 150-200 ml/timmen (12). Användandet av intravenösa vätskor till kvinnor under förlossning är inte riskfritt samt kan leda till lokal smärta och begränsningar av kvinnans rörelseförmåga (13). Stora mängder intravenös glukos kan leda till maternell hyperglykemi som kan ge hypoglykemi hos det nyfödda barnet (1, 3, 5, 13, 14). Glukos intravenöst till en kvinna under förlossningen har även visat sig ge större viktneidgång hos det nyfödda barnet de första levnadsdagarna (1).

Intravenös tillförsel tillsammans med oralt vätskeintag kan leda till att den totala vätskemängden blir för stor vilket i sin tur kan leda till hyponatremi (12, 13). En del forskare rekommenderar att oralt vätskeintag ska vara begränsat och dokumenteras och

att hypotona vätskor inte ska administreras intravenöst (12, 15). Intravenösa infusioner kan vara nödvändiga men kan inte på ett tryggt sätt ersätta mat och dryck under en förlossning (1).

Kunskapen om en födande kvinnas näringsbehov är bristfällig (8). Energi behövs till en födande kvinna (9, 14) och det är oklart vad fasta under förlossningen innebär (9). I läroböcker för obstetiker och barnmorskor framkommer det att en kvinna under normal förlossning behöver inta ca 3800 kalorier. Kvinnan bör under aktivt förlossningsarbete få i sig lättsmält mat såsom soppor, frukt, saft, glass och annat liknande (16, 17). Världshälsoorganisationen (WHO) påpekar att en förlossning kräver enorma mängder energi som behöver fyllas på för att mor och barn ska må bra (18). Energibehovet hos den födande kvinnan kan liknas vid en atlets konsumtion under ett träningspass (1,9, 14, 15). The American College of Sports Medicine uppmuntrar intag av kolhydratrika drinkar under idrottsutövande för att undvika utmattning (15). Inom sportsmedicin har man sett att intag av kolhydratrika drycker under utövande ökar prestation och förlänger uthållighet. Kvinnor med lågt kaloriintag i öppningsskedet under förlossningen har visat sig i större utsträckning få avsluta förlossningen instrumentellt (14). De flesta kvinnor klarar en förlossning utan mat och dryck men framförallt för de med långa förlossningar kan fasta vara skadligt för mor och barn (1)

2.4 Ketos

Ketos uppstår när kroppen använder fettsyror som energi (19). Under normala omständigheter använder kroppen glykogen som energikälla. Glykogen finns lagrat i levern. När glykogenförråden är tömda metaboliserar levern fett som ger upphov till ketonkroppar (13, 19). Ketonkropparna transporterar fett från levern till andra organ för att ge en alternativ energikälla till glukos (7, 9). En lätt ketos uppstår på grund av en ökad fysiologisk stress kombinerat med minskat kostintag. Gravida kvinnor utvecklar lättare ketonkroppar och fria fettsyror till högre nivåer än icke gravida på grund av krav från fostret, ökad användning av fettdepåer samt en graviditetsbetingad hormonförändring (19). Ett intag av en lätt diet under förlossning har setts förhindra ketonutsöndring (7). Lätt till måttlig ketos under förlossningen tros inte ha några ogynnsamma effekter (13, 19). Måttlig ketos tros vara fördelaktigt och skyddar fostrets mot att drabbas av hypoxi (19).

Höga halter av ketoner leder till urinutsöndring, så kallad ketonuri (19). Under normala omständigheter indikerar ketonuri att kroppen behöver ett ökat kaloriintag (13). Ketonerna i urinen binder till sig mängder av natrium och kalium. Det leder till ökad pH och skulle kunna vara en orsak till förlängd förlossning (13,19, 20). Genom att hålla kvinnan fastande ökas risken för att hon drabbas av svår ketos. Det kan i sin tur leda till ketoacidosis som kan vara ett livshotande tillstånd för kvinnan (1,19). Ketonerna i blodet transporteras över moderkakan och det är inte klarlagt vad det innebär för fostret men minskade glukosnivåer hos kvinnan har visat sig påverka fostrets aktivitet och andning (13).

2.5 Gravida kvinnors önskemål

Att neka en födande kvinna mat är inte lätt för sjukvårdspersonal (21). Mat är förknippat med mer än energi för kvinnan. Den förknippas med social samvaro, säkerhet och trygghet (19). En del sjukvårdspersonal upplever att kvinnor önskar äta under förlossningen men det är inte utvärderat vad kvinnor egentligen önskar(22). Studier har visat att kvinnor har en självkontrollerande instinkt vilket gör att en del inte vill inta föda under aktiv förlossning (8). Genom att låta kvinnor själva välja om de vill äta och dricka ges kvinnorna en känsla av kontroll (6, 19). Att inte få äta och dricka under förlossningen orsakar stress hos en del kvinnor och kan störa en normal förlossning (8, 15, 21). Kvinnan kan även uppleva det påfrestande att inte få äta när hon är hungrig och förlossningsupplevelsen blir negativ (20, 23).

Restriktioner kring kostintag under förlossningen tros öka smärtupplevelsen hos den födande kvinnan vilket kan leda till längre förlossningsförlopp (19). Att få äta och dricka kan även få kvinnan att känna sig normal och frisk (22). Hemma uppmuntras kvinnan att uppföra sig som hon normalt gör och att äta den mat som önskas, men när kvinnan kommer in på sjukhuset förlorar hon delar av den kontroll som hon haft och blir en del av sjukhusets policy och praxis (6). Kvinnor behöver tydlig information kring kostintag och dess fördelar och nackdelar (6, 8). Med information och förståelse för de riktlinjer som finns på klinikerna kan kvinnorna bli delaktiga i besluten kring de kostintag som tas (8).

2.6 Kostintag och riktlinjer för en kvinna i aktiv förlossning i världen

Synsätt om och riktlinjer kring att äta och dricka under förlossningen varierar stort över världen (1, 19). I västvärlden har det diskuterats om huruvida kvinnan ska få inta fast kost eller flytande föda under förlossningen (8). Förändring gällande restriktioner kring mat och dryck har skett (4, 19). Förändringen kring kostintag tros bero på flera faktorer. Delvis har statistiken visat en minskning av aspirationsrelaterade sjukdoms- och dödsfall men också att barnmorskor kontinuerligt ifrågasatt behovet av att hålla födande kvinnor fastande under förlossningen då de upplevt att det finns fördelar kring att ge dessa kvinnor mat anses vara av betydelse (19). I USA är man mer restriktiv kring kost än England, Australien och Nederländerna (9,19, 24). I de länder där de flesta kvinnor under förlossningen får äta valfri kost finns ingen ökning av aspirationspneumonier jämfört med de länder som har restriktioner kring kostintag (9, 14, 19, 22). Skriftliga riktlinjer kring kost saknas på många förlossningskliniker. Personalen hanterar detta genom att ha muntliga bestämmelser (19, 20). I USA, England och Norge varierar riktlinjerna både de skriftliga och de muntliga från kliniker till kliniker. På vissa kliniker tillåts kvinnor att endast inta isbitar under förlossningen medan andra kliniker låter kvinnor äta och dricka det de själva önskar (20).

3. PROBLEMFÖRMULERING

Rutiner kring kvinnors kostintag i världen men också på Svenska förlossningskliniker varierar. Det är av intresse att undersöka hur vi på våra svenska förlossningskliniker styr kvinnors kostintag under aktiv förlossning.

4. SYFTE

Syftet med studien är att kartlägga vilka rutiner som finns samt vilka riktlinjer förlossningsklinikerna i Sverige har kring kostintag för en frisk kvinna under normal förlossning i aktiv fas.

5. FRÅGESTÄLLNINGAR

1. Får en frisk kvinna i ett aktivt förlossningsarbete äta fast föda, inta flytande kost eller fasta?
2. Finns det PM/riktlinjer som ligger till grund för det ställningstagande som gjorts på respektive klinik gällande kostintag för kvinnan under aktiv förlossning
3. Om det finns skriftliga PM/riktlinjer, har de uppgivna referenskällor?
4. Vem/vilka är författare till de skriftliga PM/riktlinjerna?

6. METOD

6.1 Design

Studien är utformad som en kvantitativ undersökning baserad på en nationell kartläggning av kvinnors kostintag på förlossningskliniker i Sverige. Studien innehåller frågeställningar med mätbara resultat.

6.2 Datainsamling

En lista med alla förlossningskliniker i Sverige erhöles från barnmorskeförbundets kansli i Stockholm. Utifrån listan har sedan varje klinik kontaktats genom ett telefonsamtal.

Ett telefonsamtal kan vara en bekväm metod för insamling av information om intervjun är kort, specifik och opersonlig (25). Enligt Langmar så bör telefonintervjuer endast användas sparsamt men kan ibland vara nödvändigt som vid stora geografiska avstånd (26). Datainsamling utfördes mellan den 6 - 26 april 2011. Då det var svårt att hitta telefonnummer kontaktades respektive sjukhus telefonväxel. I första hand önskades kontakt med ansvarig chefsbarnmorska på förlossningsavdelningarna. I några fall fanns inte han/hon tillgänglig varför frågorna ställdes till annan barnmorska på förlossningsavdelningen. Därför har både klinikchefer och andra barnmorskor svarat på frågorna. Ett e-postmeddelande med frågeställningar (Bilaga 1) skickades till de som önskade efter telefonkontakt, till de som hade PM/riktlinjer samt till de som inte gick att nå genom telefonsamtal. Efter en vecka togs ny kontakt genom ytterligare ett telefonsamtal med de kliniker som inte svarat tidigare på telefon eller inte svarat genom e-postmeddelande. Alla svar hade inhämtats den 26 april. Våra frågor besvarades av 37

klirikchefer och nio barnmorskor på klinikerna. Alla Sveriges förlossningskliniker besvarade våra frågor. Svaren som erhöles samlades i en matris efter varje samtal. Matrisen innehöll rubriker där svaren lätt kunde samlas på ett lättöverskådligt sätt. Även kommentarer kring kostintag som gavs från klinikchefer och barnmorskor skrevs ner och dokumenterades i en matris (bilaga 3).

6.3 Dataanalys

Svaren på våra frågeställningar sammanställdes i ett Exceldokument (bilaga 2). Uppgifterna summerades under de kategorier vi valt. Sammanställningen redovisas under resultat både i löpande text och i tabellform. Den kvalitativa information i form av kommentarer kring kost som framkom utifrån frågeställningarna under telefonsamtalen har inte bearbetats och kategoriserats utan enbart sparats och legat till grund för resultatdiskussion. Svaren på frågeställningarna (bilaga 2) och kommentarerna från respektive klinik (Bilaga 3) har avidentifierats.

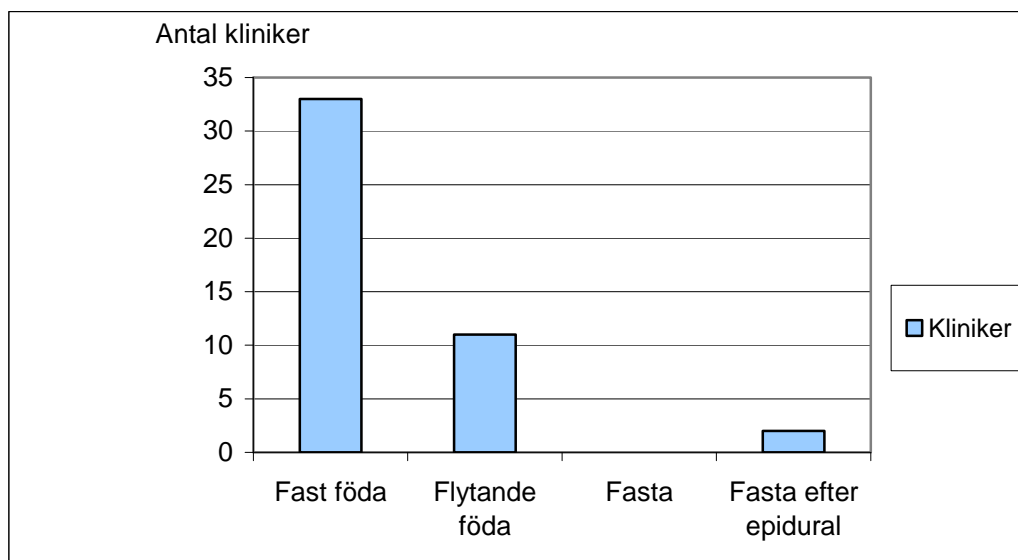
7. ETISK GRANSKNING

Data har insamlats från samtliga 46 förlossningskliniker i Sverige. Svar gavs från 37 avdelningschefer/chefsbarnmorskor och nio barnmorskor. Inga patienter har berörts. Resultatet och tabellen med de sammanställda svaren (bilaga 2) som bifogas i studien är avidentifierade. Även kommentarer som gavs från vissa klinikchefer alternativt barnmorskor på klinikerna har avidentifierats och bifogas i en egen matris (bilaga 3). Detta för att värna om klinikerna och respondenternas anonymitet. De vetenskapliga artiklar som ingår i studien som källmaterial är alla publicerade i vetenskapliga tidsskrifter och är etiskt granskade.

8. RESULTAT

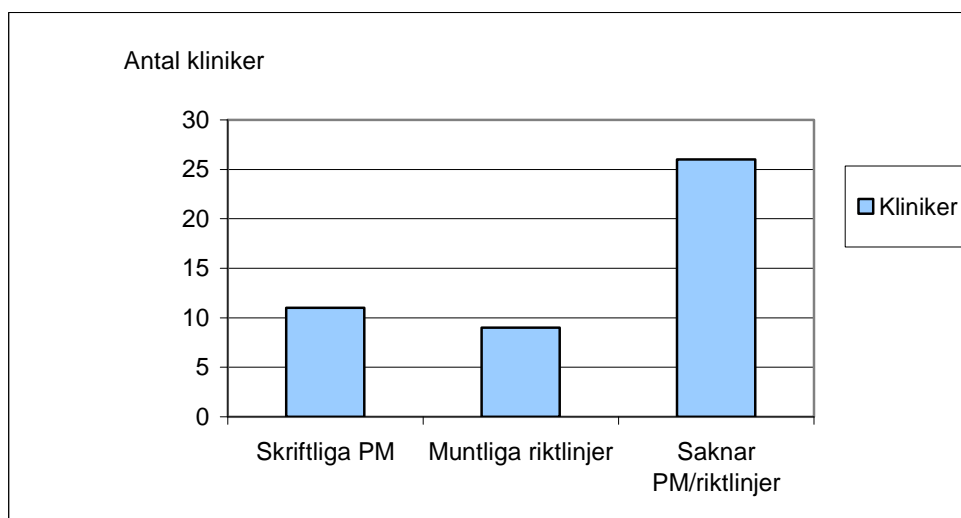
På 33 kliniker fick kvinnor äta valfri kost under hela förlossningen. Flytande föda erbjöds på elva kliniker när kvinnan var i aktiv förlossning. På två kliniker fick kvinnor äta fritt tills smärtlindring i form av epiduralbedövning administrerades. Efter epiduralbedövning fick kvinnan endast inta flytande kost. Ingen klinik erbjöd friska kvinnor fasta under normal aktiv förlossning.

Tabell 1: Kvinnors kostintag gällande fast föda, flytande föda eller fasta i aktiv förlossning under Sveriges förlossningskliniker.



Av samtliga 46 kliniker i Sverige uppgav elva kliniker att de hade skriftliga PM/riktlinjer. Av de elva skriftliga PM/riktlinjer som fanns har åtta PM/riktlinjer skickats till författarna. Sju av de åtta PM/riktlinjer vi tagit del av saknade referenslistor. I ett PM/riktlinjer fanns en referenskälla angiven. Av de åtta PM/riktlinjer är ett skrivet av en barnmorska, tre är framtagna av överläkare på anestesikliniker. Två PM/riktlinjer är omvårdnadsdokument och har ingen uppgiven författare/ansvarig. Två PM/riktlinjer uppger endast ansvarig verksamhetschef/klinikchef. Av alla kliniker uppgav nio att de hade någon form av muntliga riktlinjer. Av samtliga 46 kliniker uppgav 26 att de saknade PM/riktlinjer.

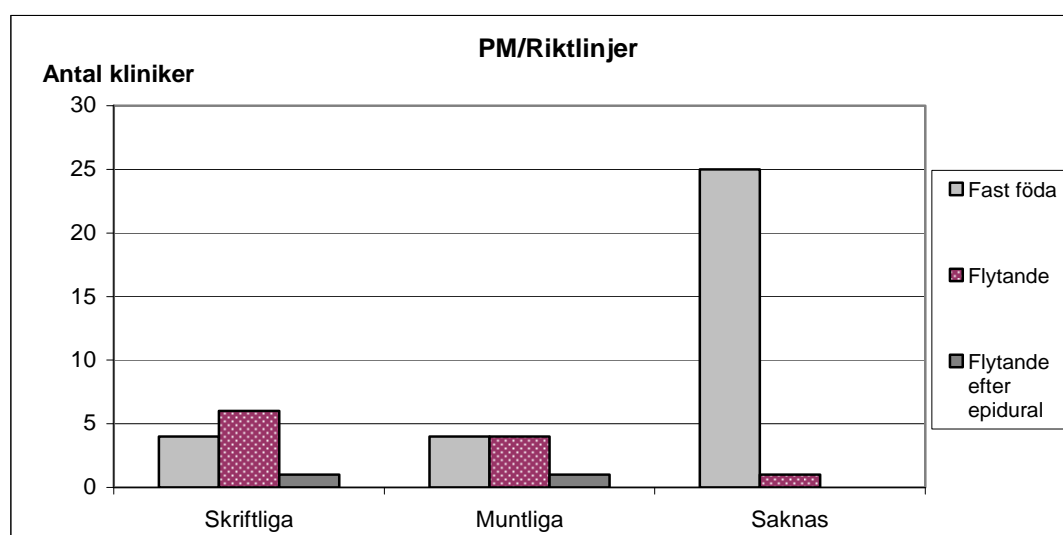
Tabell 2: PM/riktlinjer muntligt och skriftligt på Sveriges förlossningskliniker



Av de elva kliniker som hade skriftliga PM/riktlinjer erbjöd fyra kliniker fast föda till en kvinna i aktiv förlossning och flytande kost erbjöds på sex kliniker. En klinik hade restriktioner i form av flytande efter att epiduralbedövning administrerats.

Av de nio kliniker som uppgav att de hade muntliga riktlinjer erbjöd fyra kliniker fast föda till en kvinna i aktiv förlossning och fyra kliniker erbjöd flytande kost. En klinik av de nio hade restriktioner i samband med epiduralbedövning och erbjöd endast flytande kost efter administrering. Av de 26 kliniker som uppgav att de saknade PM/riktlinjer erbjöd 25 kliniker fast föda till kvinnor i aktiv förlossning. Flytande kost erbjöds på en klinik

Tabell 3: Kostintag i förhållande till om klinikerna hade skriftliga, muntliga eller saknade PM/riktlinjer



9. DISKUSSION

9.1 Resultatdiskussion

Genom nationell kartläggning av kvinnors kostintag under aktiv förlossning i Sverige har det i vår studie framkommit att det skiljer sig åt på Sveriges förlossningskliniker. Majoriteten av klinikerna erbjöd kvinnor under normal förlossning fast föda utifrån kvinnors egna önskemål. På elva kliniker erbjöds kvinnor att inta flytande kost. På två kliniker fick kvinnor äta fast föda tills epiduralbedövning administrerades och därefter fick de endast inta flytande kost. Ingen klinik hade fasta som rutin under normalt förlossningsarbete.

Någon klinik uppgav att de nyligen ändrat sina riktlinjer från endast klara drycker till soppor, yoghurt m.m under aktiv förlossning samt att någon klinik uppgav att de funderade på att ändra sina restriktioner från flytande till att låta kvinnorna äta valfri kost. Många kliniker uttryckte att det var bra att ämnet kost diskuterades. Vi tolkar det som att flera förlossningskliniker i Sverige är positivt inställda till valfri kost för friska kvinnor under aktiv förlossning och att frågan är aktuell och diskuteras ute på förlossningsklinikerna. Oron över att fast föda under en förlossning skulle kunna leda till aspirationspneumoni är fortfarande stor från anesthesiologer trots att incidensen är låg. Enligt viss litteratur finns det ingen aktuell forskning som visar att det idag skulle vara en ökad risk för aspirationspneumoni genom att låta kvinnor äta fast föda (23). Andra studier visar att det inte finns tillräcklig forskning för att säga att kostintag under aktiv förlossning inte ökar risken för aspirationspneumoni (5, 9, 23). En studie uttrycker dessutom att aspirationspneumonier minskat trots återinförande av mat och dryck på förlossningskliniker runt om i världen (20). Det har inte påvisats att det i de länder där kvinnor får äta valfri kost skulle vara någon ökad tendens till aspirationspneumonier (14). Det som ses tydligt är att tekniken vid generell anestesi har förbättrats och således har det skett en minskning av komplikationer (4, 10).

På två kliniker fanns restriktioner kring matintag i samband med epiduralbedövning. Att ha matrestriktioner i samband med epiduralbedövning ter sig rimligt med tanke på den effekt som opioider ger. Förvånansvärt kan tyckas att det inte var fler kliniker som hade restriktioner kring epiduralbedövning. Några studier har dock visat att epiduralbedövning till skillnad från generell anestesi inte ger påverkan på kräkreflexen och fördröjer inte heller tömning av maginnehåll (1, 23). Andra studier har visat att epiduralbedövning leder till att det blir en viss fördröjning kring tömning av maginnehåll men inte lika tydligt som vid användning av generell anestesi (1). Vår upplevelse är att kvinnor som har bra smärtlindring också är de som oftare skulle vilja äta mat under förlossningen. Det skulle vara intressant att undersöka om det verkligen är så.

Några uppgav i de kommentarer vi fick att kostintag under aktiv förlossning sällan upplevdes som ett problem då kvinnor oftast själva kände att inte ville äta utan att de bara ville inta flytande kost. Det är något vi också upplevt under vår verksamhetsförlagda utbildning på förlossningsavdelning. Detta finns också omskrivet i

litteraturen. Flera litteraturöversikter har visat att kvinnor i aktiv förlossning självmant minskar intag av mat (10, 19, 20). Odent, en fransk obstetriker menar att en kvinna sällan är hungrig i aktiv förlossning. Han upplevde också att kvinnor som själva fick reglera kostintaget under förlossningen valde att äta fast föda under tidig förlossning och övergick sedan oftast till flytande kost (19).

I någon kommentar framkom det att barnmorskor tyckte att kvinnor borde äta under förlossningen och därför gärna uppmuntrade till kostintag. Bess och medförfattare menar att uppmuntra kvinnor till kostintag mot kvinnornas vilja är att blanda sig i det naturliga förloppet. Istället borde den födande kvinnan uppmuntras att lyssna på sin egen kropp, sin intuition och sina egna instinkter. Sjukvårdspersonal bör respektera och lyssna till vad dessa kvinnor förmedlar (8). Världshälsoorganisationen (WHO) har uttryckt att en födande kvinna behöver mycket energi under en förlossning men de uttrycker också att vårdpersonal inte bör interferera kring kvinnans önskemål gällande intag av mat och dryck. Under en normal förlossning ska det finnas en giltig orsak till att störa den naturliga förlossningsprocessen (18). I vår nya roll som barnmorskor är det viktigt att vara lyhörd för kvinnors önskemål och lyssna på de som de inte vill äta.

Genom någon kommentar framgick det att kräkningar hos kvinnor efter stort kostintag i aktiv fas var vanligt förekommande. Forskare har delade meningar kring detta. En del studier hittar inga samband mellan intag av fast föda och ökad tendens till kräkning (6, 9, 10 24). I en studie framkom dock att de kvinnor som åt fast föda kräktes mer (8). Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi sett att kräkning är vanligt förekommande hos födande kvinnor. Vår upplevelse är att kvinnor som kräks uppmuntras både från vårdpersonal och eventuell partner till att framförallt inta dryck för att förhindra intorkning och fylla på energibehovet. Vår erfarenhet är att det även ges infusioner till dessa kvinnor som stöd vid dåligt vätskeintag.

I en studie belyses att risken för övervätskning är större än risken att bli intorkad (11). Risken för övervätskning framkom också i kommentarer som vi fick. Några uppgav att kvinnor som fick äta valfri kost under aktiv förlossning ändå valde att för det mesta endast inta dryck. Därför uttrycktes en viss oro kring de födande kvinnornas vätskeintag på grund av risken att bli övervätskad. En svensk studie menar att kvinnor inte ska uppmuntras till okontrollerat vätskeintag då stora mängder vätska kan leda till

hyponatremi. Intravenösa vätskor bör undvikas (12) och vätskeintag bör registreras (11, 12). I en annan svensk studie belyses att det är viktigt med rätt information till gravida kvinnor kring vätskeintag under aktiv förlossning redan under graviditeten. I studien beskrevs hur kvinnorna uppgav att de följde de råd som givits från mödrahälsovård (11). Åsikter om vätskeintag har förändrats under senare tid. I media framställs stora volymer av vätska som livsnödvändiga för god hälsa. Kvinnor söker mer information nu än tidigare och därför är det viktigt att den information som når kvinnorna är korrekt (12). Genom vår verksamhetsförlagda utbildning både inom mödravård och på förlossningsklinik har vi som blivande barnmorskor inte förstått att högt vätskeintag skulle kunna vara en risk för den födande kvinnan. Genom litteraturgenomgång inför den här studien har det framkommit att det inte är riskfritt att låta kvinnor inta stora mängder vätska och inte heller att ersätta förlorad vätska med infusioner(1). Att erbjuda kvinnor enbart flytande kost under aktiv förlossning kräver kunskap (23). Vi anser att det är viktigt att ha skriftliga riktlinjer kring hur vätskeintaget under en förlossning bör se ut med tanke på de risker och komplikationer som övervätskning kan leda till.

Ett anmärkningsvärt fynd i den här studien var att 26 kliniker saknade skriftliga PM/riktlinjer kring kvinnors kostintag under aktiv förlossning. Några kommenterade detta genom telefonsamtalen och uttryckte att det borde finnas skriftliga dokument kring detta. Några menade att all personal ändå visste vilka bestämmelser som gällde/fanns och att alla agerade utifrån dessa. På nio kliniker fanns det någon form av muntlig riktlinje ofta uttalade från anestesi-klinik. Det har visat sig att skriftliga riktlinjer eller kliniska riktlinjer saknas på många förlossningskliniker. Många av dessa kliniker har därför muntliga direktiv (20).

Några som intervjuades uppgav att barnmorskor själva kunde göra en bedömning kring kvinnans kostintag utifrån varje förlossning. Ibland fick barnmorskors magkänsla styra beslutet. Det uttrycktes också att barnmorskor ibland kunde ge fast föda trots att det fanns skriftliga PM/riktlinjer kring flytande kost. Bess med medförfattare menar att barnmorskor som inte följer de riktlinjer som finns utformade på kliniken till och med riskerar disciplinära åtgärder och därmed sin legitimation. I samma studie belyser de en barnmorskas studier kring frågan om kostintag hos födande kvinnor. Hon undersökte hur det såg ut på elva förlossningskliniker i England och kom fram till att barnmorskor hade svårt att förstå de PM/riktlinjer som fanns samt att barnmorskor hade svårt att

bedöma när förlossningen inte längre bedömdes som normal (8). Som blivande barnmorskor känns det relevant att ifrågasätta vår kliniska blick. Vi upplever att riktlinjer behövs för att tydliggöra våra arbetsuppgifter och för att vi ska kunna erbjuda rätt vård utifrån situation.

Kliniska riktlinjer ska användas för att minska olämpliga variationer av vårdinsatserna med syfte att främja och tillämpa en evidensbaserad vård. För att kliniska riktlinjer ska kunna vara ett verktyg för att arbeta på ett säkert sätt bör riktlinjerna i första hand baseras på vetenskapliga kunskaper. När vetenskapliga kunskaper saknas bör riktlinjerna baseras på beprövad klinisk erfarenhet (27). Det är viktigt att ha tydliga skriftliga riktlinjer som är lätta att förstå och följa (8). Utan klara riktlinjer kring kostintag under förlossningen så kommer det alltid finnas tveksamheter runt val och utan pålitlig forskning och evidens ska riktlinjerna ifrågasättas (6). Flera av de tillfrågade klinikcheferna eller barnmorskorna trodde att det fanns skriftliga PM/riktlinjer men kunde inte hitta dem. Vi har förstått att av de PM/riktlinjer som vi tagit del av att de inte alltid specifikt påtalar kvinnans kostintag under graviditet. Flera PM/riktlinjer som vi tog del av var omvårdnadsdokument som beskrev hela förlossningen och bara nämnde kostintag i korthet. Det kan upplevas oklart om det finns PM/riktlinjer på de svenska klinikerna om inte riktlinjer är mer specifikt utfärdade.

Av de skriftliga PM/riktlinjer vi tagit del av var tre utfärdade av överläkare på anestesiklinik. På två av dessa kliniker fanns restriktioner kring kostintag medan en klinik erbjöd valfri kost under aktiv förlossning. Flertalet av de muntliga PM/riktlinjer som fanns på klinikerna var enligt klinikchef/barnmorska uttalade av anesthesiologer. På flera kliniker hade anesthesiologer godkänt att kvinnor åt valfri kost under aktiv förlossning. Idag kan kvinnor som föder barn själva välja förlossningsklinik. I enlighet med våra fynd skiljer sig vården på förlossningsklinikerna i Sverige gällande restriktioner kring kvinnors kostintag under aktiv förlossning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (28) ska vården som ges till befolkningen vara på lika villkor. Vi tycker att vård som varierar från klinik till klinik förmedlar en känsla av otrygghet. Varför tillåts fritt kostintag på vissa kliniker medan andra erbjuder endast flytande kost? Vi tycker det skulle vara intressant att veta vilken kunskap kring kostintag som ligger till grund för bestämmelserna som finns på de svenska förlossningsklinikerna. Av de åtta PM/riktlinjer vi tagit del av fanns det endast ett som hade en aktuell referensskälla

angiven. Rekommendationen på denna förlossningsklinik var att födande kvinnor i aktiv förlossning endast skulle inta klara drycker. Detta PM var utfärdat från anestesi-klinik och de hade följt riktlinjer givna från svensk förening för anestesi och intensivvård (29).

Det är intressant att anestesiologer runt i landet inte har en gemensam teori kring kostintag. Om en födande kvinna behöver generell anestesi har anesthesiologerna på klinikerna det övergripande ansvaret varför deras syn och oro kring kostintag är viktig att ta del av (23). Vad vi förstått är att anestesiologer fortfarande har stor respekt och tro på Mendelsons forskning. Det är viktigt att barnmorskor och obstetrikertillsammans med anestesiologer kommer överens om skriftliga riktlinjer som stämmer överens med aktuell forskning samt beprövad erfarenhet. Detta för att försäkra sig om säker vård för mor och barn samt för sjukvårdspersonalen kring kvinnan (8).

9.2 Metoddiskussion

Vi har i vår studie valt att kartlägga hur kvinnors kostintag under aktiv förlossning ser ut i Sverige genom att inhämta information kring två frågeställningar. Tanken från början var att endast skicka ett e-postmeddelande med bifogat brev (bilaga 1) till alla klinikchefer i Sverige och på så sätt samla relevant data. Då det var svårt att hitta e-postadresser som stämde bestämde vi att i första hand kontakta varje klinikchef genom telefonsamtal. Polit och Beck menar att telefonintervjuer är mindre kostsamma men också mindre effektiva för att samla ihop information. Den som utför intervjun är anonym och det kan leda till att den som svarar kan vara mindre samarbetsvillig under telefonsamtalet(15). Eftersom vi haft telefonkontakt med 43 kliniker och fått svar genom e-postmeddelande från de resterande tre är deltagandet 100 %. Om vi hade valt att enbart skicka e-postmeddelande hade svarsfrekvensen förmodligen inte blivit så hög. Vi tycker att det gick bra att ringa runt och de flesta vi kontaktade på klinikerna var villiga att svara på våra frågor. Några uttryckte att de ville få e-postmeddelande istället för att svara i telefon och de förklarade att det berodde på tidsbrist, något vi förstod och respekterade. Att använda oss av telefonsamtal vid datainsamling till denna studie fungerade bra.

Genom de telefonsamtal som gjordes med klinikchefer och barnmorskor har vi fått ta del av information kring kostintag som vi annars inte skulle ha fått. Vi har ansett att dessa kommentarer varit viktiga och har därför inkluderat dessa i vår studie. Syftet med

den här studien har inte varit att göra djupintervjuer eller belysa klinikchefer och barnmorskors upplevelser gällande kostintag. Kommentarererna representerar inte alla klinikchefer och barnmorskor på svenska förlossningskliniker. Vi bedömer dem som bifynd och vi upplever att de ger studien en djupare förståelse för attityder och tankar som finns kring kostintag. Vi kunde uppleva en viss känsla av igenkänning i de kommentarer som gavs och kunde också förankra dem i den litteraturgenomgång vi genomfört inför vår studie. Genom att reducera mänskliga upplevelser, uppföranden och karaktärer till nummer så kan kvantitativa studier bli ytliga. Styrkan i kvalitativ forskning är att den är flexibel och kan belysa ett fenomen i dess verkliga form (25). Vi har valt att inkludera de bifynd vi fått trots att det inte var vårt syfte. Kommentarererna (bilaga 3) har inte redovisats i resultatet men har legat till grund för vår resultatdiskussion.

På flera kliniker uttrycktes svårigheter att hitta PM/riktlinjer trots att de som svarade ansåg att PM/riktlinjer borde finnas. Några konstaterade att de inte hade PM/riktlinjer och några bad att få återkomma genom ett e-postmeddelande om de hittade sitt PM. En del har svarat men vi har inte fått svar från alla. Vi har utgått från att de kliniker som inte returnerat ett e-postmeddelande saknar skriftliga PM/riktlinjer. Det är en svaghet i vår studie och det kan naturligtvis påverka vårt resultat kring frågeställningen gällande PM/riktlinjer. Det skulle kunna betyda att det finns flera skriftliga PM/riktlinjer än de vi fått ta del av.

Eftersom vi haft telefonkontakt med 43 kliniker och fått svar genom e-postmeddelande från de resterande tre är deltagandet 100 %. Att lyckats ha inhämtat svar från alla kliniker ger studien ett trovärdigt resultat. Om vi hade valt att enbart skicka e-postmeddelande hade svarsfrekvensen förmodligen inte varit så hög. Vi tycker att detta är en styrka i vår studie.

Eftersom 46 klinikchefer skulle kontaktas delade vi upp klinikerna och vi kontaktade 23 kliniker var. Det kan ses som en svaghet att inte en person utförde telefonsamtalen. Vi var medvetna om att olika personer kan ställa frågor på olika sätt. Vi diskuterade detta och bestämde att frågorna skulle läsas upp ordagrant från ett dokument för att det alla skulle bli lika för alla. Vi anser att alla tillfrågade gavs samma möjlighet att svara på frågeställningarna. Våra frågor var dessutom slutna så vi har bedömt att det inte påverkat resultatet att båda ringde till klinikerna. Svaren som erhöles infogades sedan in

en matris på ett strukturerat sätt för att göra resultatet lättöverskådligt och lätt att sammanställa.

Vi anser att vår studie har hög validitet och reliabilitet. Studien mäter det den avser att mäta. Sveriges samtliga förlossningskliniker har deltagit. Skulle vi göra om vår studie skulle vi förmodligen uppnå samma resultat. Vår studie kan också förankras i aktuell forskning kring ämnet.

10. SLUTSATS

Det ser olika ut kring kvinnors kostintag under normal aktiv förlossning på de 46 förlossningsklinikerna i Sverige. En frisk kvinna i aktiv förlossning tillåts idag på 33 kliniker att äta och dricka fritt. Resterande 13 kliniker har restriktioner. Ingen klinik erbjuder fasta för en frisk kvinna i aktiv förlossning. Vi upplevde det förvånansvärt att 26 kliniker saknade skriftliga PM/riktlinjer. Av dessa har nio uppgett att de har muntliga restriktioner ofta uttalade från anestesiologer på klinikerna. På elva kliniker återfanns skriftliga PM/riktlinjer. Vi tycker att det är viktigt att barnmorskor och obstetiker tillsammans med anestesiologer kommer överens om skriftliga nationella riktlinjer som stämmer överens med aktuell forskning och beprövad erfarenhet för att kunna erbjuda födande kvinnor likvärdig vård på alla kliniker i Sverige.

11. NYA FORSKNINGSFRÅGOR

Mer forskning kring ämnet behövs. Den kunskap som ligger till grund för klinikernas restriktioner kring kostintag idag upplevs föråldrad och ifrågasatt. Trots detta har många kliniker framförallt i andra länder men också i Sverige restriktioner kring kostintag. Det skulle därför vara värdefullt att ta reda på varför vissa kliniker har restriktioner kring kost och vilken kunskap som ligger till grund för klinikernas bestämmelser kring en frisk kvinnas kostintag under aktiv förlossning.

Studier visar att många kvinnor självmant avstår från fast kost under aktiv förlossning men också att det finns de kvinnor som väljer att äta under hela förlossningen. Därför skulle det vara intressant att genom observationer eller intervjuer med barnmorskor ute på klinikerna ta reda vilka av kvinnor som är positivt inställda till kostintag under aktiv förlossning.

REFERENSLISTA

1. Maharaj, D. Eating and drinking in labor: Should it be allowed? *European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology*. 2009; (146): 3-7.
2. DeLee, J. *Obstetrics for nurses*. 5th ed. Philadelphia; W. B. Saunders. 1918.
3. Singata, M, Tranmer, J & Gyte, GML. Restricting oral fluid and food during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.
4. Parsons, M. Midwifery dilemma: to fast or feed the labouring woman Part 1: the case for restricting oral intake in labour. *Australian Midwifery Journal*. 2003; 16 (4): 7-13.
5. O'Sullivan, G & Scrutton, M. NPO during labor. Is there any scientific validation? *Anesthesiology Clinics of North America*. 2003; (21): 87-98.
6. King, R, Byrt, K & Porter-Nocella, L. Oral nutrition in labour: Whose choice is it anyway? A review of the literature. *Midwifery*. 2010;. Art. No.: DOI:10.1016/j.midw.2010.05.006.
7. Kubli, M, Scrutton, MJ, Seed, PT & Sullivan, GO. An Evaluation of Isotonic "Sport Drinks During Labor. *Obstetric Anesthesia*. 2002; 94: 404-8.
8. Beggs, JA & Stainton, MC. Eat, Drink, and Be Labouring? *The Journal of Perinatal Education*. 2002; 11(1): 1-13.
9. ACNM Clinical Bulletin. Providing Oral Nutrition to Women in Labor. *Journal of Midwifery and Women`s Health*. 2008; 3:276-283.
10. Parsons, M, Bidewell, J & Griffiths, R. A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*. 2007; 23, 131-138.
11. Johansson, S., Lindow, S., Kapadia, H & Norman, M. Perinatal water intoxication due to excessive oral intake during labour. *Acta paediatr*. 2002; 91, 811-815.
12. Moen, V, Brudin, L, Rundgren, M & Irestedt, L. Hyponatremia complicating labour- rare or unrecognised? A prospective observational study. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009; (116): 552-561.

13. Toohill, J. Soong, B & Flenady, V. Interventions for ketosis during labour (review).
Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; 3: 1-8. Art. No.: CD004230. DOI:
10.1002/114651858.CD004230.pub2.
14. O'Sullivan, G. Liu, B & Shennan, AH. Oral intake during labor. *Int Anesthesiol
Clin.* 2007; 45:133-147.
15. Sharts-Hopko, NC. Oral Intake During Labor: A Review of the Evidence. *The
American Journal of Maternal/Child-Nursing.* 2010; 35(4): 197-203.
16. Nordström, L & Wiklund, I. Förlossningens fysiologi och handläggning. I: Hagberg,
H. Marsal, K & Westgren, M (red.). *Obstetrik.* Lund: Studentlitteratur, 2009. s. 113-
129.
17. Hogg B. Den okomplicerade förlossningen. I: Kaplan, A, Hogg, B, Hildingsson, I &
Lundgren, I (red.). *Lärobok för barnmorskor.* Lund: Studentlitteratur, 2009. s. 245-
301.
18. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide. Report of a
Technical Working Group.* Geneva; 1997.
19. Parsons, M. Midwifery dilemma: to fast or feed the labouring woman. Part 2: the
case supporting oral intake in labour. *Australian Midwifery Journal.*
2004; 17(1): 5-9.
20. Parsons, M. Policy or Tradition: Oral Intake in Labour. *Australian Journal of
Midwifery.* 2001; 14(3): 6-12.
21. Parson, Myra. Bidewell, J & Nagy, S. Natural Eating.. Behavior in Latent Labor and
Its Effect on Outcomes in Active Labor. *Journal of Midwifery & Women`s Health.*
2006; 51(1)
22. Scheepers, HCJ. De Jong, PA. Essed, GGM & Kanhai, HHH. Carbohydrate solution
intake during labour just before the start of the second stage: a double-blind study on
metabolic effects and clinical outcome. *International Journal of Obstetrics and
Gynecology.* 2004; 111: 1382-1387.
23. Parsons, M & Nagy, S. Anaesthetists' perspective on oral intake for women in
labour. *British Journal of Midwifery.* 2006; 14(8): 488-492.

24. O`Sullivan, G. Liu, B. Hart, D. Seed, P & Shennan, A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomized controlled trial. BMJ. 2009;338:b784. Art. No.: DOI: 10.1136/bmj.b784.
25. Polit, D & Beck, C. Nursing research: Principles and methods. 7:e uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
26. Langmar, Pia. Kvalitativ forskningsmetod i Psykologi - att låta en värld öppna sig. Stockholm: Liber. 2008.
27. Willman, A. Stoltz, P & Behtsevani, C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur, 2006.
28. Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.
29. Rekommendationer från Referensgruppen för obstetrisk anestesi och intensivvård. SFAI, 2004. Tillgänglig: [http:// www.sfai.se](http://www.sfai.se). 2011-06-05



Institutionen för kvinnors och barns hälsa
Enheten för reproduktiv och perinatal omvårdnad

2011-04-06

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter som läser sista terminen på barnmorskeprogrammet vid Karolinska Institutet. Under vår verksamhetsförlagda förlossningspraktik väcktes funderingar kring kvinnans kostintag under aktiv förlossning. Vi har förstått att det på vissa förlossningskliniker i Sverige är tillåtet för den födande kvinnan att både äta och dricka. Andra kliniker är mer restriktiva och tillåter bara flytande kost. Vi skriver vår magisteruppsats där syftet är att undersöka vilka rutiner förlossningsklinikerna i Sverige har gällande kostintag för en frisk kvinna under aktiv förlossning. Vår handledare är Annica Samsioe, barnmorska och Med Dr.

De frågor vi önskar svar på är:

1. Får en frisk kvinna i ett aktivt förlossningsarbete äta fast föda, inta flytande kost eller fasta?
2. Finns det PM/riktlinjer som ligger till grund för det ställningstagande ni gjort på er klinik gällande kostintag för kvinnan under aktiv förlossning?

Vi är tacksamma om ni bifogar riktlinjer/PM som styr ert ställningstagande kring kost samt svar på våra frågor i ett e-post meddelande gärna senast den 18 April 2011.

Med Vänliga Hälsningar:

Carola Bjurman, e-post: carola.bjurman@stud.ki.se

Pernilla Gustavsson, e-post: pernilla.gustavsson@stud.ki.se

Kartläggning av kostintag och PM/riktlinjer på förlossningsklinikerna i Sverige

Klinik	Svar via		Svar från		Kostintag				PM/riktl		Saknas
	Tel kont	Mail kont	Chef bm	Annan bm	Fast föda	Flytande	Annat*	skriftliga	Muntliga		
1		1	1		1			1			
2	1	1		1		1		1			
3	1	1	1		1				1		
4	1	1		1	1			1			
5	1	1		1			1		1		
6	1	1	1		1					1	
7	1	1	1			1				1	
8	1			1	1					1	
9	1	1	1		1					1	
10	1	1	1			1		1			
11		1	1		1					1	
12	1	1	1		1					1	
13	1	1	1		1					1	
14	1	1	1			1		1			
15	1		1		1					1	
16	1		1		1				1		
17	1		1		1					1	
18		1	1		1				1		
19	1	1	1			1			1		
20	1	1	1			1		1			
21	1	1	1			1		1			
22	1	1	1		1					1	
23	1		1			1			1		
24	1	1		1	1					1	
25	1		1			1			1		
26	1	1	1				1	1			
27	1		1		1					1	
28	1	1	1			1		1			
29	1	1	1		1			1			
30	1		1		1					1	
31	1		1		1					1	
32	1	1	1		1			1			
33	1			1	1					1	
34	1	1		1	1					1	
35	1		1		1					1	
36	1		1		1					1	
37	1		1		1					1	
38	1			1	1					1	
39	1		1		1					1	
40	1		1		1					1	
41	1		1		1					1	
42	1			1	1					1	
43	1		1		1				1		
44	1		1			1			1		
45	1		1		1					1	
46	1		1		1					1	
Totalt:	43	24	37	9	33	11	2	11	9	26	

*= Fast föda tills Epiuduralbedövning, sedan flytande.

Kommentarer givna från klinikchefer och barnmorskor på förlossningsklinikerna

Klinik	Kommentar
1	
2	
3	Grupp som kommer till sjukhus bestämmer hur det ska vara.
4	
5	Ibland görs individuella bedömningar från barnmorska då de tycker att kvinnan ska få äta. Narkos bestämt flytande.
6	Läkare bestämmer om flytande/fast, ibland får barnmorskan gå på sin magkänsla
7	
8	Barnmorskan är aktiv och vill att kvinnan skall äta.
9	
10	Funderar på att ändra till fast föda. Intressant studie
11	
12	
13	Bjuder gärna på glassdringar. Viktigt att passa sig för övervätskning. Kvinnan vill oftast inte äta. Reglerar bra själv sitt intag.
14	Tolkas individuellt av barnmorskan. Om kvinnan är hungrig finns väl fortfarande perilstatik som fungerar. Kvinnan kräks lätt om hon äter.
15	
16	Muntligt från narkosen, innan aktiv förlossning valfri kost sen flytande.
17	
18	Har överenskommelse med kontaktläkare på narkosen kring kostintag
19	Tidigare haft klara drycker. Får nu även soppor, yoghurt m.m. Anestesiologer vill ha flytande kost.
20	
21	
22	
23	Narkos har beslutat flytande.
24	Alla vet hur man ska göra. Normal kost om allt normalt. Oftast kräks kvinnan vid mycket intag av fast föda
25	Muntligt från narkosen. Innan aktiv förlossning får hon äta valfri kost.
26	Anestesi beslut om flytande efter EDA, då det ger en nedsatt nedbrytning i tarmarna.
27	Ger gärna näringsdrycker. Oftast vill kvinnan bara dricka flytande istället för att äta fast föda
28	Anestesi beslut. De flesta vill inte äta under aktivt värkarbete. Vill endast dricka.
29	
30	Oftast vill kvinnan bara ha flytande då hon ofta kräks i samband av intag av fast föda.
31	
32	Kvinnan får äta efter eget önskemål om allt är normalt.
33	Intressant studie Bra att ämnes tas upp och diskuteras.
34	
35	Olika beroende situation. Individuell bedömning
36	Individuella bedömningar göres utifrån riskbedömning på patient.
37	
38	Borde finnas PM. Bra att ämnet tas upp.
39	
40	Kvinnan avgör själv. Ovanligt att hon vill äta fast föda. Vill mest ha flytande.
41	
42	
43	Muntlig riktlinje
44	Narkos har beslutat flytande. Intressant studie
45	Riskbedömer varje patient.
46	Kvinnan vill sällan äta. Bra att det diskuteras