



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisternivå

Barnmorskans erfarenhet av handläggning vid uppkommen grad II-bristning

Kvalitativ intervjustudie med barnmorskor verksamma vid förlossningsavdelning

**The midwife's experience of managing second-degree tears: a
qualitative interview study**

Författare: Anna Domeij och Charlotte Lennström

Handledare: Mari-Cristin Malm

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne/huvudområde: Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Kurskod: SR3013

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 20180124

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Det är vanligt att kvinnor under en vaginal förlossning drabbas av grad II-bristning. I barnmorskans ansvarsområde ingår att handlägga dessa bristningar. Forskning visar att det finns begränsat med rutiner kring dessa bristningar och att fokus ofta ligger på grad III- och grad IV-bristningar trots att även grad II-bristningar kan ge långtidskomplikationer.

Syfte: Syftet var att beskriva barnmorskans erfarenhet av handläggning vid uppkommen grad II-bristning.

Metod: Semistrukturerade individuella intervjuer genomfördes med åtta barnmorskor verksamma vid en mellanstor förlossningsavdelning i Mellansverige. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera materialet.

Resultat: Fyra kategorier och två underkategorier identifierades. Kategorierna var *Information*, *Kollegialt stöd*, *Behov av uppföljning* och *Undersökning* och underkategorierna *Strategier för återkoppling* och *Dokumentation*.

Slutsats: Det framkom en osäkerhet hos barnmorskorna gällande diagnostisering och suturering av grad II-bristning. Detta gällde främst de barnmorskor med minst yrkeserfarenhet. Barnmorskorna uttryckte också en önskan om bättre återkoppling på de bristningar de suturerat samt en bättre uppföljning för de kvinnor som fått en grad II-bristning. Resultatet visade även att barnmorskorna informerar kvinnorna på olika sätt gällande deras bristning. Inga tydliga rutiner finns gällande vilken information som ska ges eller på vilket sätt.

Klinisk tillämpbarhet: Studiens resultat syftar till att skapa ökad kunskap och riktlinjer kring grad II-bristningar. Ytterligare forskning skulle kunna beröra information i samband med bristningen och när den är bäst att ge.

Nyckelord: Barnmorska, Förlossning, Grad II-bristning, Handläggning, Intervjustudie, Kvalitativ

Abstract

Background: Many women sustain a second-degree tear when giving birth vaginally. The work field of a midwife includes managing these injuries. There is limited research regarding this field and the focus tend to be on third- and fourth-degree tears, even though second-degree tears may also result in long-term complications.

Aim: The aim was to investigate the midwife's experience of managing second-degree tears.

Method: Eight semi-structured individual interviews were conducted with midwives working at a medium large maternity ward located in the middle of Sweden. Qualitative content analysis was used to analyze the material.

Results: Four categories and two subcategories were identified. The categories were: *Information*, *The support of colleagues*, *The need for follow-ups* and *Physical examination* and the subcategories were: *Feedback strategies* and *Documentation*.

Conclusion: The result show that midwives feel insecure when managing second-degree tears, especially the midwives with less experience. The midwives also requested more feedback from the women they sutured regarding their second-degree tears and the midwives also wished for a better follow-up for the women with second-degree tears. The result also showed that the midwives give different information to women regarding their tears. No pronounced routines were found regarding what information to give and in what way.

Clinical application: The results of the study aim to increase the knowledge and to develop routines regarding second-degree tears. More knowledge is needed about information given about the tear and when it is the best time to give information.

Keywords: Interview study, Management, Maternity Ward, Midwife, Second-degree tears, Qualitative

Innehållsförteckning

Inledning	6
Bakgrund	6
Anatomi	6
Förlossningsbristningar och riskfaktorer	7
<i>Gradering av bristningar</i>	7
<i>Riskfaktorer</i>	8
Strategier för att förebygga bristningar	8
<i>Perinealskydd</i>	9
Barnmorskans handläggning vid uppkommen förlossningsbristning	9
<i>Diagnostisering</i>	9
<i>Suturering</i>	10
Kvinnans upplevelser vid uppkommen förlossningsbristning	10
Barnmorskans ansvarsområde	11
<i>Uppföljning efter uppkommen förlossningsbristning</i>	11
<i>Eftervårdsbesök</i>	12
Problemformulering	12
Syfte	12
Metod	13
Design	13
Urval.....	13
Datainsamling.....	13
Analys	14
Etiska överväganden	16
Resultat	17
Information.....	17
<i>Strategier för återkoppling</i>	19
<i>Dokumentation</i>	19
Kollegialt stöd	21
Behov av uppföljning.....	21
Undersökning.....	23
Diskussion	24
Sammanfattning av huvudresultat.....	24
Resultatdiskussion.....	24
<i>Osäkerhet kring hantering av grad II-bristningar</i>	24

<i>Barnmorskor önskar återkoppling</i>	25
<i>Barnmorskor informerar olika</i>	26
Etikdiskussion.....	27
Metoddiskussion.....	28
Slutsats	29
Klinisk tillämpbarhet	30
Förslag till vidare forskning	30
Referenslista	31
Bilaga 1	35
Bilaga 2	36
Bilaga 3	37

Inledning

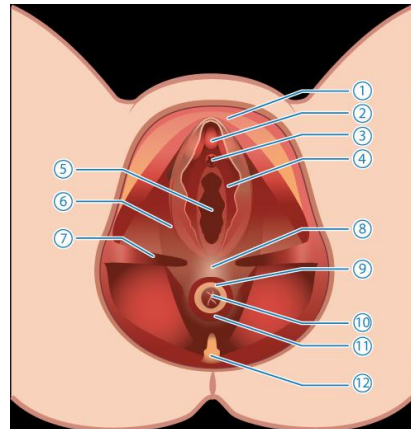
Att föda barn är en naturlig process som ofta är en viktig och betydelsefull händelse i en kvinnas liv. Flertalet kvinnor drabbas efter förlossningen av en vaginal bristning och cirka 50 till 60 procent av de kvinnor som föder vaginalt drabbas av en grad II-bristning. Barnmorskan är den som är ansvarig för att handlägga grad II-bristningar och har ett stort ansvar för att handläggningen blir så bra som möjligt för kvinnan. Författarna till denna studie upptäckte under sin förlossningspraktik att det inte fanns några tydliga riktlinjer för hur kvinnor med grad II-bristningar ska handläggas. Då grad II-bristningar kan ge långtidskomplikationer är det av vikt att dessa bristningar bedöms och handläggs korrekt.

Bakgrund

Anatomi

Bäckenbotten består av muskler som tillsammans bildar bukhålans botten. Bäckenbottens anatomi är komplex, då den dels ska fungera gällande en kontrollerad miktion och avföring, dels tillåta framfödande av ett barn (Gyhagen, 2013). Den muskelplatta som finns längst ner i bukhålan, även kallad *m.levator ani*, innefattar muskler, fett, bindväv, nerver och blodkärl och börjar vid blygdbenen för att stråla ihop från varsin sida vid svanskotans spets (Solum, 2014). *Diafragma urogenitale* formar det andra lagret i bäckenbotten och består av *bulbocavernosus*, *transversus perinei* och externa analsfinktern (Gyhagen, 2013). Analsfinktern, även kallad *M. sphincter ani*, är den muskel som omsluter anus. Den består av två muskeldelar, den yttre och inre analsfinktern. Den yttre externa analsfinktern är en viljestyrd muskel som aktiveras vid knipbehov. Den inre interna analsfinktern ligger innanför den externa sfinktern och består av glatt muskulatur, som därmed inte är viljestyrd (Solum, 2014). Alla de perineala musklerna fäster i mellangården, se Figur 1. Om en muskel går sönder vid en förlossning har den inte längre något fäste och förlorar därmed sin funktion (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2017a).

1. Blygdben
2. Klitoris
3. Urinrör
4. M bulbokavernosus
5. Slida
6. M puborektalis
7. M transversus perinei
8. Perinealkropp
9. Intern sfinkter
10. Anus
11. Extern sfinkter
12. Svanskota



Figur 1. Schematisk bild av anatomiska strukturer kring slidmynningen sett underifrån (SFOG, 2017a)

Förlossningsbristningar och riskfaktorer

Gradering av bristningar

Bristningar i samband med förlossning delas in i fyra olika grader, utifrån förlossningsbristningens djup och längd (Olsson, 2016; Leeman, Spearman, & Rogers, 2003). Vid grad I-bristning engageras hud och slemhinna. I detta inkluderas labia, perineala huden och vaginalväggen och djupet får inte överstiga 0,5 cm. Vid grad II-bristning engageras djupare vaginalvägg och/eller perineala muskler och/eller perinealkropp men inte sfinktrar (Olsson, 2016). Klassificeringen av grad II-bristningar tar inte hänsyn till allvarlighetsgrad utan kan variera från en mindre till en mer utbredd skada. Dock utan sfinkterengagemang. En ny klassificering av grad II-bristningar är under utveckling (Edqvist, 2017) och ser ut som följande (Olsson, 2016):

2a: del av perinealkroppen (0,5-2 cm) och < 4 cm in i vagina

2b: hela perinealkroppen utom sfinktrar eller > 4 cm lång vaginalbristning

2c: hela perinealkroppen utom sfinktrar och > 4 cm lång vaginalbristning

Klassificering av grad III-bristningar delas in i 3a, 3b och 3c. Dit hör sfinkterruptur med engagemang av mindre än halva externa sfinktern, mer än halva externa sfinktern inklusive total ruptur av externa sfinktern, utan engagemang av interna sfinktern, ruptur av både interna och externa sfinktern samt sfinkterruptur ospecificerad. En perinealbristning grad IV innebär total sfinkterruptur inklusive analslemhinna. Grad I och II-bristningar får sutureras av barnmorska (Olsson, 2016). Grad III- och grad IV-bristningar sutureras av läkare (SFOG, 2017c).

Riskfaktorer

Riskfaktorer för vaginala bristningar kan relateras till kvinnan, fostret eller medicinska interventioner under förlossningen. Till de maternella riskfaktorerna hör förstföderska, ålder över 35 år, etnicitet (asiatisk härkomst) och kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt. Fetala riskfaktorer är födelsevikt över 4 000 gram, ett huvudomfång över 35 cm, och en ogynnsam fosterbjudning. Medicinska riskfaktorer är instrumentell förlossning med sugklocka eller förlossningstång, värkstimulering med Oxytocin och yttre press (Edqvist, 2017). Andra riskfaktorer som beskrivs är om kvinnan är könsstympad, förlossning i gynläge, bristande kommunikation under förlossningen, episiotomi och låg socioekonomisk status. Även unga tonåringar löper större risk att drabbas av perinealbristningar (Dahlén, Ryan, Homer, & Cooke, 2007; SFOG, 2017g; Socialstyrelsen, 2017).

Strategier för att förebygga bristningar

Ett omdiskuterat ämne är huruvida det går att förebygga bristningar hos kvinnan vid framfödandet av barnet. Omfattande forskning finns kring ämnet och flertalet metoder har utvecklats genom åren. Metoderna syftar framförallt till att ge ett långsamt framfödande av barnet så att kvinnans vävnader får möjlighet att tänjas och därmed ge plats för barnet (SFOG, 2017e). En studie av Laine, Pirhonen, Rolland och Pirhonen (2008), visar att en kontrollerad utdrivning och skydd av perineum sänker antalet sfinkterskador. SFOG (SFOG, 2017e) har sammanställt rekommendationer för att på bästa sätt förhindra förlossningsbristningar och ge barnmorskor och förlossningsläkare bra möjligheter att arbeta på likartat sätt nationellt. God kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan är viktigt för att skapa trygghet och förebygga bristningar. Barnmorskan ska informera om vad hen

gör och varför samt hur kvinnan ska göra de sista värkarna då barnets huvud skär igenom vulva (SFOG, 2017h). Ytterligare en studie utförd i Sverige, kallad MIMA-modellen, har visat sig ge minskat antal bristningar hos förstföderskor genom att förespråka spontan krystning, flexibla förlossningsställningar (knästående, stående, sidan, stående på alla fyra, pall) och framfödande av barnet på två värkar (Edqvist, Hildingsson, Mollberg, Lundgren, & Lindgren, 2017).

Perinealskydd

Perinealskydd är de handgrepp barnmorskan använder sig av för att avlasta perineum (mellangården) då barnets huvud tränger genom vulva. Perinealskydd används för att ge ett långsamt framfödande av barnets huvud och axlar. Detta för att ge vävnaderna möjlighet att tänjas och minska risken för större bristningar (Edqvist, 2017). Perinealskydd uppmuntras att användas vid alla förlossningar enligt SFOG. Kvinnan ska informeras om perinealskyddet och dess syfte. Det finns olika metoder för perinealskydd. Tvåhandsgrepp kan användas, där ena handen placeras på perineum och den andra på barnets huvud för att kontrollera framfödandet (SFOG, 2017e). Enligt forskning finns dock ingen evidens för att perinealskydd med dessa handgrepp skyddar mot bristningar. Varma, våta kompresser mot perineum är den metod som bevisat minskar risken för bristningar (Aasheim, Nilsen, Reinar, & Lukasse, 2017; SFOG, 2017e).

Barnmorskans handläggning vid uppkommen förlossningsbristning

Diagnostisering

För att upptäcka bristningar efter förlossning är det av vikt att genomföra en grundlig undersökning av underlivet. Inför undersökningen bör kvinnan erbjudas bedövning och informeras om varför undersökningen görs. Om kvinnan upplever undersökningen obehaglig trots smärtlindring kan undersökningen göras på operationssal där det finns bättre förutsättningar. Underlivet, vagina och perineum bör inspekteras noggrant och palperas. Kvinnan ska informeras om vilken typ av bristning som uppstått och utseendet på bristningen bör dokumenteras (SFOG, 2017c). Efter vaginal förlossning bör även rektalundersökning göras för att utesluta grad III- och IV-bristningar (Leeman, Spearman, & Rogers, 2003). Vid en studie i Storbritannien visade det sig dock att 17,3 procent av barnmorskorna i

studien aldrig palperade per rektum (Bick, Ismail, MacDonald, Thomas, Tohill, & Kettle, 2012). Lokalbedövning kan användas vid nästan all suturering, men generell anestesi kan behövas för att musklerna ska slappna av och en ordentlig undersökning ska kunna göras (Leeman, Spearman, & Rogers, 2003). Barnmorskan har en viktig roll när det gäller att diagnostisera och suturera eventuella bristningar (SFOG, 2017c). I studien av Bick et al. (2012) framkommer att endast 34,3 procent av barnmorskorna kände sig bekväma med att diagnostisera bristningar och 21,6 procent kände sig trygga med att suturera bristningar. Detta styrks av ytterligare en studie där mer än 90 procent av barnmorskorna kände sig dåligt förberedda för att bedöma och hantera bristningar (Kinoti Mutema, 2007).

Suturering

Syftet med att suturera perineum är att stoppa blödning och förebygga infektioner samt underlätta sårhäkning (Thompson & Walsh, 2015). Vid suturering är det viktigt med god kunskap i anatomi. Val av suturmaterial anpassas efter var bristningen sitter, men resorberbart material ska användas. Det är viktigt att tänka på hur snabbt suturerna bryts ner och en bristning i huden kan lämnas osuturerad om den är en centimeter eller mindre (SFOG, 2017c). Vid suturering av bristningar i perineum behövs bra belysning och god överblick (Leeman, Spearman, & Rogers, 2003). Därefter dokumenteras sutureringen enligt gällande mallar i journalsystemet (SFOG, 2017c).

Kvinnans upplevelser vid uppkommen förlossningsbristning

Perinealbristningar i samband med förlossning kan leda till komplikationer på både kort och lång sikt. Smärta i perineum är vanligt hos kvinnor efter förlossningen och kan bero på svullnad, hematom, suturer eller infektion (Edqvist, 2017). Vid jämförelse visade det sig att de som endast fått grad I-bristning eller ingen bristning upplevde mer smärta dag ett och fem, än de kvinnor som fått bristning grad II-IV. Kvinnor med bristning grad II-IV upplevde istället mer smärta vid sju veckor post partum (Andrews, Thakar, Sultan, & Jones, 2006). Vid suturering av bristningar i perineum kan suturer i huden ge långvariga smärtor (Leeman, Spearman, & Rogers, 2003). Det är inte ovanligt att kvinnan före förlossningen har en rädsla för att brista (SFOG, 2017e). Smärtan efter en bristning

kan påverka kvinnan i hennes vardag. Det kan även påverka kvinnans sexualliv och de kvinnor som fått bristning grad II-IV återupptog sitt samliv senare än de som inte fått någon perinealbristning (Rådestad, Olsson, Nissen, & Rubertsson, 2008). Analinkontinens är en allvarlig följd av perinealbristning. Även en grad II-bristning kan leda till detta, vilket kan vara en följd av bristande suturering av perineum. Vidare kan allvarligare bristningar ibland missas och felaktigt klassas som grad II-bristning (Andrews, Thakar, Sultan, & Jones, 2006). En studie i Storbritannien visade att barnmorskorna hade en bristande kunskap i klassificeringen och att bedöma bristningar vilket ledde till felaktig diagnostisering (Kinoti Mutema, 2007).

Barnmorskans ansvarsområde

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska också så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten ska visas omtanke och respekt. I barnmorskans kompetensbeskrivning står bland annat att barnmorskan ska ge samtalsstöd till kvinnan vid graviditets- och förlossningskomplikationer samt stöd, trygghet och kontinuitet vid förlossning. Vidare ska barnmorskan ge vård av god kvalitet med en god hygienisk standard samt tillgodose kvinnans behov av trygghet i vården. Barnmorskan ansvarar även för att analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen och fortlöpande utveckla sitt yrkeskunnande inom sexuell och reproduktiv hälsa och andra relevanta discipliner (Socialstyrelsen, 2006). SFOG (2017e) rekommenderar att barnmorskan ska utföra en riskbedömning för bristning innan förlossningen. Om kvinnan har kända riskfaktorer är det viktigt med skyddsåtgärder. För att kunna utföra dessa skyddsåtgärder är erfarenhet hos barnmorskan betydelsefullt. Två barnmorskor eller barnmorska och läkare bör delta vid framfödande, diagnostik och suturering.

Uppföljning efter uppkommen förlossningsbristning

SFOG (2017f) rekommenderar att kvinnan innan hemgång efter förlossning undersöks, att hon får muntlig och skriftlig information samt att hon är väl

informerad om vart hon ska vända sig vid frågor. Varje klinik ska ha rutiner för var kvinnan ska följas upp om hon har besvär med bäckenbotten.

Eftervårdsbesök

I barnmorskans ansvarsområde ingår att erbjuda eftervårdsbesök hos mödrahälsovården. Detta kallas kvinnan till ungefär åtta till tolv veckor efter förlossningen. Vid besöket erbjuds kvinnan gynekologisk undersökning för att inspektera slemhinnor och bristningar. Även kvinnans bäckenbotten och knipförmåga bedöms (SFOG & Svenska Barnmorskeförbundet, 2008). Endast 77 procent av de kvinnor som födde barn år 2014 kom på sitt eftervårdsbesök. De som kom i mindre utsträckning var yngre kvinnor (<20 år), de med lägre utbildningsnivå och kvinnor födda utanför Norden (Graviditetsregistret, 2014).

Problemformulering

Det är vanligt att kvinnor drabbas av en bristning under förlossningen vilket kan ge långtidskomplikationer hos kvinnan. Fokus ligger ofta på grad III- och grad IV-bristningar trots att grad II-bristning är den bristning som flest kvinnor får vid en vaginal förlossning. Barnmorskan är den som handlägger grad II-bristningar och ska informera kvinnor om grad II-bristningar. Det finns begränsat med studier gällande barnmorskans handläggning av grad II-bristningar och författarna har inte heller hittat några lokala riktlinjer under sin förlossningspraktik. Med bakgrund av detta ville författarna ta reda på hur yrkesverksamma barnmorskor handlade grad II-bristningar.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskans erfarenhet av handläggning vid uppkommen grad II-bristning i samband med förlossning. Med handläggning avser författarna bedömning och diagnostisering av grad II-bristning samt suturering, information, dokumentation och uppföljning.

Metod

Design

Kvalitativ design valdes för att beskriva barnmorskors erfarenheter av handläggning vid grad II-ristning. Detta för att få en så djupgående kunskap i ämnet som möjligt (Polit & Beck, 2008). Induktiv ansats enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) valdes för att analysera materialet utifrån ett öppet förhållningssätt där analysen var förutsättningslös och baserad på de svar som framkommit. Författarna var dock medvetna om att viss förförståelse om ämnet fanns, då författarna haft verksamhetsförlagd utbildning på berörd förlossningsavdelning i nära anslutning till studien.

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var legitimerad barnmorska verksam vid svensk förlossningsavdelning med ett brett urval gällande kliniskt verksamma år. Inga exklusionskriterier valdes. Intervjuerna genomfördes på en medelstor förlossningsavdelning i Mellansverige med cirka 3 000 födselar per år. Informationsbrev kring studien skickades ut till avdelningschefen på förlossningsavdelningen (Bilaga 1). Rekrytering till studien skedde genom ett bekvämlighetsurval, där barnmorskor tillfrågades på plats om de ville delta i studien (Polit & Beck, 2008). Alla som visade intresse av att delta i studien intervjuades, totalt åtta informanter. Informanterna gav muntligt samtycke till deltagande i studien och informerat samtycke inhämtades. Informanterna deltog frivilligt och hade rätt att dra sig ur utan närmare motivering (Kvale & Brinkmann, 2014).

Datainsamling

För att samla in data användes semistrukturerade individuella intervjuer. Enligt Polit och Beck (2008) används semistrukturerade intervjuer när forskaren vet vad hen vill fråga men inte kan förutse vilka svar informanten kan ge. En frågeguide med öppna frågor användes, där informanten berättade fritt utifrån sin erfarenhet (Bilaga 2). Detta för att få en ökad förståelse och ett större perspektiv inom ämnet (Polit & Beck, 2008). En pilotintervju genomfördes. Inga ändringar gjordes efter

den och pilotintervjun inkluderades i studien. Fyra intervjuer gjordes gemensamt av författarna, resterande fyra gjordes enskilt. Samtliga intervjuer spelades in med digital inspelningsutrustning. Transkribering genomfördes i nära anslutning till intervjuerna. Transkriberingen gjordes ordagrant med alla mellanord. Den transkriberade texten jämfördes därefter med inspelningarna och justeringar gjordes vid behov (Rosberg, 2017).

Analys

Vald analysmetod för studien var kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, inspirerad av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan. Texten lästes enskilt av författarna flera gånger. Tillsammans identifierades meningsenheter i texten. En meningsenhet kunde vara en mening, ett ord eller ett helt stycke i texten som hörde samman betydelsemässigt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Texten kondenserades därefter, det vill säga förkortades och gjordes enklare att hantera, dock utan att förlora något viktigt innehåll. Kondenserade meningsenheter, det vill säga förkortade meningsenheter, synliggjordes då. Meningsenheterna abstraherades därefter i koder, vilket är korta beskrivningar av meningsenheternas innehåll. Koderna sammanställdes därefter i underkategorier och kategorier. Exempel på analysprocessen ses i tabell 1. Syftet med kategoriseringen var att öka förståelsen och kunskapen om det insamlade materialet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Om hon är svensktalande så är ju det enkelt. Ja det blir ju liksom, man tittar ju på henne och försöker få ögonkontakt och stämmer av att ja, man märker ju om hon har förstått.	Om hon pratar svenska så är det enkelt. Då försöker man få ögonkontakt och märker om hon förstått.	Förstår genom ögonkontakt	Strategier för återkoppling	Information
Ja, fast väldigt sällan. Utan då brukar det vara om jag misstänker att det är en sfinkter eller partiell sfinkter att en doktor får komma in (ber du kollega bedöma bristning).	Jag ber väldigt sällan om hjälp. Jag ber en läkare om hjälp vid bedömning om jag misstänker att det är en sfinkter eller partiell sfinkter.	Ber sällan om hjälp		Kollegialt stöd
Vi får väldigt lite feedback från dessa kvinnor. Då tänker jag så att jag gjort mycket bra men det är ju klart att allt inte kunnat blivit bra. Och jag skulle önska uppföljning på något vis men jag vet inte hur. Sen vore det bra om man fick någon uppföljning från mödravården. På efterkontrollen. Det är ju dock svårt att veta vilka grad-2-bristningar som lämnar komplikationer.	Vi får lite feedback från kvinnorna. Jag skulle önska uppföljning t.ex. från mödravården vid efterkontrollen. Det är svårt att veta vilka grad-2-bristningar som lämnar komplikationer.	Uppföljning och feedback efter suturering		Behov av uppföljning

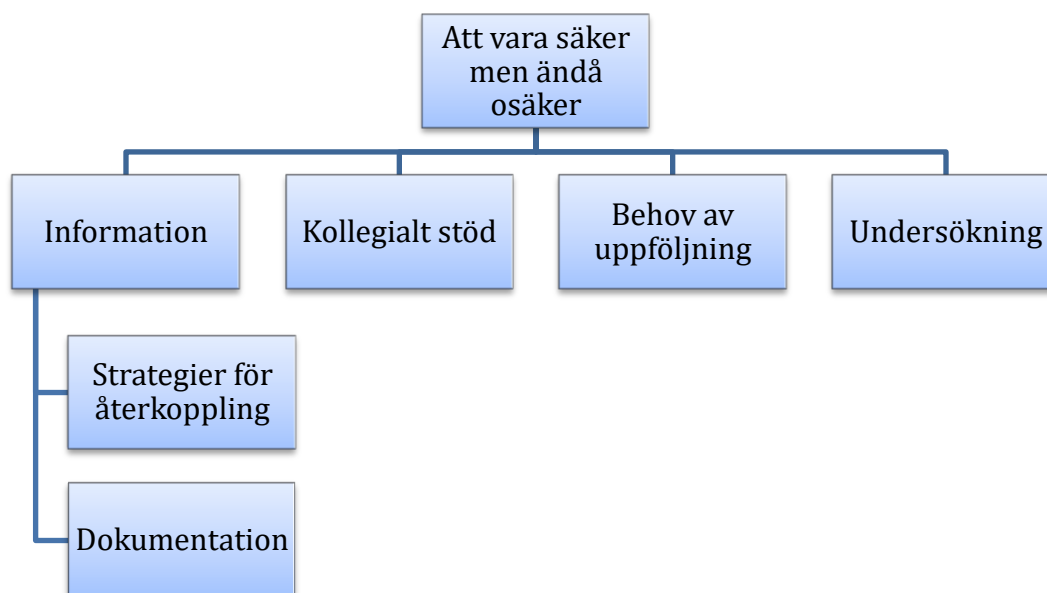
Först och främst vill jag gärna se till att hon har en bra bedövning, innan jag tittar. Ser jag att det är en bristning då vill jag gärna se till att det hon är bra bedövad. Jag börjar på utsidan och går inåt och tittar. Jag försöker göra på samma sätt varje gång för att ha rutin. Jag undersöker alltid i rektum, och lyfter upp innan jag börjar sy om det är en bristning.	Innan jag tittar ser jag till att kvinnan har en bra bedövning. Jag börjar undersöka på utsidan och går inåt och försöker göra på samma sätt varje gång. Jag undersöker även rektum innan jag börjar sy.	Bra bedövning före undersökning Undersökning av underlivet		Undersökning
--	--	---	--	--------------

Etiska överväganden

Arbetet har utgått från de fyra grundläggande etiska principerna; *att inte skada, att göra gott, rättvisepincipen* och *autonomiprincipen* (Polit & Beck, 2008). Deltagarna i studien fick muntlig information innan intervjun genomfördes och de informerades om att det var frivilligt att delta i studien. Deltagarna blev även informerade om att deras deltagande i studien inte skulle komma att användas emot dem (Polit & Beck, 2008). Det material som framkommit i intervjuerna har behandlats konfidentiellt. Inga personuppgifter har knutits till det transkriberade materialet och det har förvarats i författarnas datorer. Det utskrivna materialet har därefter förvarats hemma hos författarna. Hänsyn har tagits till deltagarnas etiska rättigheter. Hänsyn har tagits till Personuppgiftslagen [PUL] (1998:204) som har till syfte att “skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter” (PUL, 1998, 1§). Högskolan i Dalarnas blankett för etisk egengranskning har använts och bedömningen gjordes att etisk prövning inte var nödvändig (Bilaga 3).

Resultat

Resultatet i studien baseras på de åtta intervjuer som författarna genomfört. Fem av barnmorskorna hade ett till tio års yrkeserfarenhet som barnmorskor, tre barnmorskor hade tio års yrkeserfarenhet eller mer. Efter analys av det transkriberade intervjumaterialet identifierades fyra kategorier, *Information*, *Kollegialt stöd*, *Behov av uppföljning* och *Undersökning* samt två underkategorier, *Strategier för återkoppling* och *Dokumentation*. Kategorier och underkategorier beskrev barnmorskans handläggning av grad II-ristning i samband med förlossning. Ett tema växte fram utifrån kategorierna och resultatets innehåll, *Att vara säker men ändå osäker*.



Figur 2. Översikt av kategorier och underkategorier.

Information

Alla barnmorskor i studien gav muntlig information till kvinnan efter förlossningen. Tidpunkten för när informationen gavs varierade. Informationen kunde ges inför och under undersökning och suturering av kvinnans underliv eller efter suturering. Barnmorskans information kunde innehålla att barnmorskan avsåg att undersöka kvinnan och varför. De flesta av barnmorskorna uppgav att de

förklarade bristningens lokalisation och omfattning. Några av barnmorskorna berättade även att de informerade om bedövning vid suturering.

Informant 1: "Man liksom informerar dem om att det inte ska göra ont, då bedövar jag mer om det skulle vara så men att du känner beröring och att hon liksom är med på det."

Vidare framkom att barnmorskorna informerade kvinnan om vilket suturmateriel som använts vid suturering och att materialet resorberas av kroppen. En barnmorska uppgav att hen informerade om varför hen suturerade. Två av barnmorskorna i studien informerade även kvinnan om vikten av att söka hjälp om hon fick besvär av sin bristning och var hon kunde söka hjälp.

Informant 4: "Sen när jag suturerat färdigt så brukar jag prata lite grann om att det är tråd som löses upp själv och att man inte ska gå och ja, vänta på att det ska bli bättre av sig själv utan då pratar man med mödravårdsbarnmorskan som får titta."

Flera av barnmorskorna använde sig av en spegel som verktyg för att visa och informera kvinnan om bristningen. Detta var något de nyligen återupptagit då speglarna under en tid inte funnits på förlossningsavdelningen. De barnmorskor som använde spegeln upplevde alla att kvinnorna gärna ville titta om de blev erbjudna. Det kunde också vara ett sätt att ta reda på om kvinnan uppfattat informationen hon fått.

Informant 5: "Jag tycker att spegeln är jättebra om de vill se, framför allt och visa efter jag sytt också, hur det blev. Och jag tycker faktiskt många vill ha spegeln om man erbjuder."

En barnmorska uppgav att förlossningsavdelningen skulle börja med skriftlig information till kvinnorna kring bristningen.

Informant 3: "Men vi ska börja med skriftlig (information), att de ska få ett papper, är de nya rekommendationerna som finns. Så vi ska börja med det är tanken."

Strategier för återkoppling

Det framkom inga tydliga metoder för att säkerställa att kvinnan uppfattat den information barnmorskan givit henne. Hur barnmorskorna gjorde när de informerade kvinnan varierade. Ofta var det kvinnan som avgjorde hur barnmorskan återkopplade kring bristningen. Genom att kvinnan ställde följdfrågor kunde barnmorskan ha en fortsatt dialog kring bristning och suturering. Flera barnmorskor uppgav att de brukade fråga kvinnan om hon förstått den muntliga informationen. Genom ögonkontakt med kvinnan kunde barnmorskan se att hon uppfattat innebörden av informationen. Barnmorskorna uppgav också att de kände av och märkte på kvinnorna om de uppfattat informationen. Med hjälp av en spegel kunde barnmorskan visa och förklara vad hen gjort och därigenom få följdfrågor från kvinnan vilket gav en fortsatt dialog.

Informant 8: "Oftast är det ju kvinnan som säger något, nickar eller frågar. Jag frågar inte kvinnan om hon förstått eller ber henne återspegla."

I vissa situationer kunde det vara svårare att veta om kvinnan förstått, exempelvis om hon inte upplevdes som mentalt närvarande efter förlossningen eller inte var svensktalande. Alla barnmorskor upplevde dock inte att återkoppling med kvinnan var ett problem.

Informant 4: "Ja, de har ofta följdfrågor, så ofta blir det att man pratar ett varv till. Jag tycker att det där löser sig ganska bra av sig själv."

Dokumentation

Samtliga barnmorskor i studien uppgav att de dokumenterade efter att ha genomfört undersökning och suturering av grad II-bristning. Flera barnmorskor uppgav att de använde färdiga mallar i det digitala journalsystemet där de valde ut befintliga relevanta sökord. Nästan alla barnmorskor beskrev var bristningen var

lokaliserad. En barnmorska i studien uppgav att hen dokumenterade specifikt var bristningen var lokaliserad utifrån om den var belägen på vänster eller höger sida av vagina eller i vaginalbotten. Dock skiljde det mellan barnmorskorna i vilken omfattning de beskrev bristningen. De beskrev exempelvis bristningens utseende och om den var djup eller ytlig. En annan barnmorska dokumenterade vilken grad det var, var bristningen satt och hur lång den var. Några av barnmorskorna uppgav att de dokumenterade mer utförligt om det var en djupare bristning.

Informant 4: "Ibland är jag lite mer noggrann och då skriver jag var bristningen sitter och hur djup den är. Och sen ibland, vid lite större bristningar, kanske jag skriver lite mer än vad jag gör på en liten ytlig bristning."

Resultatet visar att barnmorskorna gjorde olika vid dokumentation av suturering. De flesta dokumenterade vilken sutureringsteknik de använt, om det var enstaka eller fortlöpande sutur. Hur mycket barnmorskorna dokumenterade kring suturering varierade. Det kunde exempelvis vara antal suturer, hur huden förslutits, om det var yttre eller inre suturer samt vilket suturmateriel som använts. Fyra barnmorskor uppgav att de skrev vilken bedövning de använt. Fem av barnmorskorna uppgav att de alltid dokumenterade att de palperat per rektum.

Informant 2: "Jag skriver alltid att jag känt i rektum".

En av barnmorskorna uppgav även att hen dokumenterat att hen bedömt mellangårdens tjocklek.

Informant 4: "Jag försöker skriva...hur jag bedömer mellangården. Om jag bedömer den tjock eller tunn och om jag vill att någon doktor ska titta."

En barnmorska berättade att hen tyckte det var svårt att dokumentera kring bristningar och önskade bättre stöd från verksamheten.

Informant 2: "Jag tycker det (dokumentation) är jättesvårt och det är något som jag tror vi behöver jobba jättemycket med här överlag. Jag tror också man behöver andra verktyg för att få en bättre dokumentation".

Kollegialt stöd

Samtliga barnmorskor i studien bad om hjälp när de kände sig osäkra kring vilken grad av bristning som uppstått. Stödet kunde komma från annan barnmorska eller läkare. Kollegan kunde vara ett stöd vid diagnostisering av bristningen men också kring hur sutureringen skulle utföras. Om barnmorskorna trodde att det var en större bristning (III-IV) tillkallade de läkare. En barnmorska uppgav att hen tillkallade läkare även vid större grad II-bristning. Hälften av barnmorskorna uppgav att de ofta bad en kollega vara medbedömare eftersom de kände osäkerhet kring diagnostisering.

Informant 2: "Jag tycker suturering är svårt. Jag ber ganska ofta om hjälp för jag tycker det är lättare när man är två. Jag tar alltid in någon om jag är osäker. Vid grad III-IV-bristning konsulterar jag läkare och vid grad II-bristning en annan barnmorska. Jag tycker vi alltid ska vara två när vi undersöker."

Övriga barnmorskor tyckte det räckte att be om hjälp om de kände sig osäkra. En barnmorska uppgav att hen sällan bad om hjälp.

Informant 1: "Om jag är minsta tveksam ber jag en kollega eller doktor om hjälp. Jag ber inte någon titta om det inte är något konstigt."

Behov av uppföljning

I studien framkom att i stort sett alla deltagande barnmorskor önskade uppföljning vid grad II-bristningar. Dels önskade barnmorskorna återkoppling avseende bristningar som de suturerat och dels önskade de flesta barnmorskorna uppföljning för de kvinnor som fått en grad II-bristning. Alla barnmorskor i studien uppgav att de saknade återkoppling från kvinnorna de suturerat. Barnmorskorna skulle vilja få feedback från de kvinnor de suturerat och om det blivit några komplikationer efter bristningen och sutureringen.

Informant 8: "...sen så skulle jag som syr mina bristningar veta hur resultatet blir. Tänk om jag syr på något sätt som jag tror är superbra men så är det inte det."

En annan barnmorska uppgav att det var svårt att veta vilka grad II-bristningar som lämnar komplikationer och att det därför vore bra att få återkoppling från mödrahälsovården. En barnmorska brukade fråga kvinnan om bristningen i de fall hen hade postpartumsamtal.

Informant 4: "Vi får aldrig någon långsiktig återkoppling på om någon fått stora besvär efteråt. De som jag kontaktar för postpartumsamtal brukar jag fråga om de haft besvär av sin bristning och om de sökt vård för det. Jag önskar att vi hade någon sorts uppföljning både för min skull men också för kvinnans."

Majoriteten av barnmorskorna i studien sa att de önskade bättre uppföljning än nuvarande rutin för de kvinnor som fått grad II-bristning. Flera av barnmorskorna uppgav att de trodde att uppföljningen idag var dålig och att de skulle önska en annan uppföljning än den som erbjuds på mödrahälsovården. En barnmorska efterfrågade tydligare rutiner liknande de som finns vid grad III-bristning. En annan barnmorska berättade att hen tyckte att de (kvinnosjukvården) var dåliga på att följa upp bristningar generellt.

Informant 1: "Vi är dåliga på uppföljning. Det finns rutiner för grad III-bristning men inte vid en större grad II-bristning. Det är mer vad man själv tycker."

En av barnmorskorna uppgav dock att hen inte trodde att alla kvinnor med en grad II-bristning behövde uppföljning, utan att det var individuellt utifrån hur mycket det varit att sy och hur patienten upplevde efteråt. En annan barnmorska upplevde att alla kanske inte behövde någon ytterligare uppföljning än den som var på mödrahälsovården, men att möjligheten att få uppföljning borde finnas för de kvinnor som behövde.

Undersökning

Alla barnmorskor i studien uppgav att de undersökte kvinnans underliv efter förlossningen för att se om det uppkommit en bristning. Inför undersökningen gav barnmorskorna bedövning. De uttryckte att det var av vikt att kvinnan var bra bedövad inför undersökning. Vilken typ av bedövning som valdes varierade bland annat beroende på om barnmorskorna redan innan misstänkte att kvinnan hade en bristning eller ej. Om barnmorskorna redan under utdrivningsskedet sett att kvinnan fått en bristning som behövde sys eller tidigt vid undersökningen såg detta så gav de ytterligare bedövning före undersökning av kvinnans underliv.

Informant 1: "Om jag ser kanske redan när barnet föds fram...att det här är en bristning som jag behöver sy, då bedövar jag alltid innan jag överhuvudtaget tittar."

Barnmorskorna uppgav att den första bedövning de använde var lokalbedövning, exempelvis spray eller gel. Även lustgas användes som smärtlindringsmetod. Om kvinnan fortfarande tyckte att det gjorde ont eller var obehagligt fick hon ytterligare lokalbedövning. Det framkom att förlossningsavdelningen fått en ny rutin där yttre pudendusblockad (bäckenbottenbedövning) lyftes fram som bedövningsmetod inför undersökning, vilket flera av barnmorskorna nämnde. Alla hade inte börjat använda yttre pudendusblockad utan bedövade på annat sätt exempelvis med infiltration eller inre pudendusblockad.

Informant 4: "Ibland infiltrerar jag och ibland lägger jag en yttre pudendus. Det beror lite på vad stor bristning det är och vad rädd och spänd patient det är och så."

En barnmorska uppgav att hen tyckte det var svårt att veta när bedövning skulle ges och kände en osäkerhet kring detta.

Informant 1: "Om det är så att det inte blev någon bristning eller en liten bristning, då är det svårt tycker jag. Ska jag bedöva? Och kanske bedöva i onödan"

och utsätta kvinnan för den smärtan som en bedövning är. Jag tycker det är svårt. Men när man syr så ska man ha smärtlindring.”

Inför undersökning uppgav några av barnmorskorna att de tog bort fotändan på sängen och placerade kvinnan i gynläge med benen i benstöd för att få bättre överblick över kvinnans underliv. Barnmorskorna undersökte därefter kvinnans underliv efter eventuella bristningar.

Informant 8: ”Sen så kollar jag igenom hela slidan utifrån och in. Kollar de yttre blygdläpparna och perineum sen så går jag vidare till labia. Och så undersöker jag också med ett finger i rumpan för att se så att inte sfinktern är involverad.”

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors erfarenheter av handläggning vid uppkommen grad II-bristning. Resultatet visade att barnmorskorna kände en osäkerhet kring hanteringen av grad II-bristningar. De önskade även återkoppling på sin egen suturering och bättre uppföljning för kvinnan. Det framkom också att barnmorskorna informerade på olika sätt och vid olika tillfällen.

Resultatdiskussion

Osäkerhet kring hantering av grad II-bristningar

I resultatet framkom en generell osäkerhet kring handläggningen av grad II-bristningar. Det fanns inte några tydliga riktlinjer kring hur grad II-bristningar skulle hanteras vilket innebar att barnmorskorna handlade dessa bristningar olika gällande suturering, dokumentation och information. Den största osäkerheten fanns hos de barnmorskor som arbetat mindre än tio år som barnmorskor, och gällde framförallt diagnostisering och suturering. En studie av Dahlen och Homer (2007) visade att ju mer erfaren en barnmorska var desto mer självsäkerhet upplevdes vid suturering av perineum. De barnmorskor som hade mer erfarenhet i ovan nämnda studie, suturerade oftare och mer än de med mindre erfarenhet. Detta gällde även grad II-bristningar, där 13 procent av barnmorskorna valde att inte

suturera dessa bristningar över hälften av gångerna. Ytterligare en studie stärker vikten av att barnmorskan har en god utbildning, vilket ger självförtroende och klinisk kunskap att suturera (Steen, 2012). I den internationella etiska koden för barnmorskor (1999) står skrivet att barnmorskorna ska stödja och stärka varandra och varandras självkänsla i sitt professionella arbete. Resultatet i föreliggande studie visade att barnmorskorna hade möjlighet till stöd av en kollega vid bedömning och suturering av bristningar, och de flesta använde sig av kollegialt stöd om de var osäkra. De med mindre erfarenhet (<10 år) uppgav att de oftare tog hjälp av en kollega än de som arbetat mer än tio år. Enligt SFOG (2017h) ska det eftersträvas att alltid vara två personer vid suturering för att underlätta suturering men även för att lära av varandra. Författarna upplever att det finns ett behov av kollegial närvaro efter uppkommen grad II-bristning, dels som stöd för ny personal men också för att öka kunskapen hos alla barnmorskor kring diagnostisering och suturering. En studie av Avis, Mallik och Fraser (2012) visade att nya barnmorskor upplevde det positivt med kollegialt stöd från erfarna kollegor och att ha möjlighet att fråga en erfaren barnmorska om råd. Författarna till föreliggande studie ser också en fördel i att ha återkommande klinisk träning kring suturering.

Barnmorskor önskar återkoppling

I föreliggande studie identifierades ett behov av återkoppling kring den suturering barnmorskorna gjort. I studien av Dahlen och Homer (2007) framkom att barnmorskor ofta oroar sig över om de gjort ett bra arbete vid suturering och hur sutureringen påverkat kvinnan. Vidare framkom att de flesta barnmorskor endast såg bristningen då de suturerat den men inte efteråt. Vikten av uppföljning med kvinnan och möjlighet att få feedback från henne upplevdes i samma studie som viktigt, särskilt för barnmorskan och hens kompetens. I föreliggande studie uppgav nästan alla barnmorskor att de tyckte att uppföljningen av grad II-bristningar borde vara bättre än den är idag. Dock framkom inga tydliga förslag på hur detta skulle kunna gå till. Bristningsregistret är ett register som registrerar och följer upp bristningar (SFOG, 2016). Detta register involverar oftast grad III- och grad IV-bristningar. Kvinnor med dessa bristningar får uppföljning om de uppvisar besvär efter en viss tid. Författarna till denna studie ser en fördel i att inkludera även grad

II-ristningar i detta register för att kunna identifiera de kvinnor som fått problem efter sin ristning och ge en bättre uppföljning.

Barnmorskorna i föreliggande studie uppgav att de dokumenterade grad II-ristningar på samma sätt. Några få av barnmorskorna dokumenterade mer om det var en djupare grad II-ristning. Enligt Griffith (2016) bör barnmorskor vara medvetna om att det de dokumenterar i kvinnans journal är av vikt. Genom bristande dokumentation brister barnmorskan i sin omvårdnad av kvinnan. Enligt *Patientdatalagen* (SFS 2008:355) är patientjournalen en källa till information för patienten, men den är även till för uppföljning och utveckling av verksamheten. Om en grad II-ristning inte dokumenteras tydligt blir det svårare att följa upp eventuella besvär. En ny klassificering av grad II-ristningar är under utveckling vilken är beskriven i bakgrunden (s.7). Denna skulle kunna ge en mer tydlig diagnostisering av den ristning kvinnan fått (Edqvist, 2017). Författarna finner denna klassificering relevant då grad II-ristningarna dokumenteras tydligare och därmed blir lättare att särskilja. Detta skulle även kunna minska barnmorskornas osäkerhet kring diagnostisering. Detta styrks även av SFOG (2017d) som förordar en noggrannare diagnostisering av grad II-ristningar.

Barnmorskor informerar olika

I barnmorskans yrke ingår att ge kvinnan samtalsstöd vid graviditets- och förlossningskomplikationer samt samtalsstöd efter förlossning (Socialstyrelsen, 2006). En studie av Lundgren och Berg (2007) styrker vikten av att barnmorskan är tillgänglig och öppen samt anpassar sig efter varje individuell kvinna. Alla barnmorskor i föreliggande studie gav information till kvinnan men vilken information de gav och när de gav den varierade. Det var också olika hur viktigt de tyckte det var med information. Barnmorskorna la sällan vikt vid att säkerställa att kvinnorna tillgodogjort sig den information som getts. I en studie från Storbritannien framkom att få kvinnor kommenterade postpartum att de fått information kring ristningar i perineum och suturering. De kunde inte upprepa vilken information de fått om sin ristning och vad barnmorskan sagt att de skulle tänka på efteråt. Det framkom också att kvinnorna upplevde att de fått informationen för nära inpå förlossningen (Thompson & Walsh, 2015). Studien av

Lundgren och Berg (2007) poängterar vikten av att ge kontinuerlig information och att den ges direkt till kvinnan. Några barnmorskor i föreliggande studie nämnde begränsningar som kunde finnas hos kvinnan för att ta emot information så som språkförbistring och att kvinnan inte var mentalt närvarande. Flera av barnmorskorna uppgav att spegeln var ett bra verktyg vid information kring suturering. De upplevde också att kvinnorna gärna ville se och diskutera kring sin bristning. I ovan nämnda studie framkom att kvinnor undvek att prata om sin bristning och helst inte ville veta något om den (Thompson & Walsh, 2015).

I resultatet framkom att barnmorskorna informerade på olika sätt och vid olika tillfällen. Författarna menar att det kan vara av vikt med mer standardiserad information och att valet av tidpunkt för information bör väljas med omsorg. I en studie gjord av Way (2011) framkommer det att förstföderskor selekterar den information de får beroende på vilka behov de tycker att de har just då och inte utifrån vilken information de kan behöva längre fram. I en studie gjord i Holland framkom att kvinnor upplevde att de fått bristande information om bäckenbotten och de problem de kunde drabbas av efter förlossning. Det framkom också att kvinnorna normaliserade problem de drabbats av vilket gjorde att de inte sökte medicinsk hjälp (Bouwina, Buurman, Leonarda, & Lagro-Janssen, 2013). I föreliggande studie framkom att flera av barnmorskorna tyckte det var viktigt att kvinnan fick en uppföljning och att den idag inte är tillräcklig. SFOG (2017b) har sammanställt skriftlig information som kan lämnas ut till kvinnor efter bristning. Författarna till denna studie ser en fördel i att använda sig av detta material för att förbättra vården och kvinnans förutsättningar att söka hjälp vid eventuella besvär. Genom postpartumsamtal kan kvinnan ges möjlighet till att få ytterligare information och själv ställa frågor. I en studie av Carlgren och Berg (2008) framkom att kvinnor har ett behov av att i efterhand prata om förlossningen och bristningarna.

Etikdiskussion

Under hela arbetet har hänsyn tagits till de fyra grundläggande principerna; *att inte skada*, *att göra gott*, *rättvis principen* och *autonomiprincipen* (Polit & Beck,

2008). Blankett för etisk egengranskning användes för att säkerställa om etiskt forskningstillstånd behövdes. Bedömningen gjordes att detta inte var nödvändigt.

Diskussion mellan författarna har förts gällande påverkan på resultatet, då författarna varit studenter på berörd förlossningsavdelning. Bedömningen gjordes att detta troligtvis inte hade någon påverkan på slutresultatet. Diskussion fördes även kring att inkludera barnmorskornas yrkeserfarenhet i studien. Författarna beslutade att endast dela upp deltagarnas erfarenhet i ett till tio år, och tio års erfarenhet eller mer, för att inte riskera att resultatet kunde kopplas till en viss informant.

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att undersöka barnmorskors erfarenheter av handläggning vid uppkommen grad II-ristning valdes kvalitativ metod. Metoden passade väl då den baseras på erfarenhetskunskap (Polit & Beck, 2008). Induktiv ansats kan användas för att analysera texter om människors upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017) och detta angreppssätt passade även bra i studien eftersom det fanns begränsat med forskning kring ämnet.

Semistrukturerade intervjuer gjordes då författarna visste vad de skulle fråga men inte kunde förutse vilka svar de skulle få. Vid semistrukturerade intervjuer är författarnas roll strukturerad men inte informanternas. Semistrukturerade intervjuer gav informanterna möjlighet att svara med egna ord (Polit & Beck, 2008). Inför intervjuerna hade frågorna förberetts och de ställdes på samma sätt i varje intervju för att få så likvärdiga intervjuer som möjligt. Ett alternativ till enskilda intervjuer hade varit fokusgrupper, vilket hade kunnat öppna upp för diskussioner och ge bredare och mer detaljrik information (Polit & Beck, 2008). Detta tror författarna hade kunnat ge mer utförliga data då vissa av informanterna gav kortfattade svar.

Bekvämlighetsurval användes för att rekrytera informanter till studien. Detta gjordes i samband med författarnas praktik på förlossningsavdelning för att få informanter som svarade mot inklusions- och exklusionskriterierna. Risken med

att använda bekvämlighetsurval är att informanterna kanske inte är representativa för hela yrkesgruppen barnmorskor och resultatet därmed inte blir överförbart (Polit & Beck, 2008). Författarna försökte eftersträva en så stor bredd som möjligt gällande antal yrkesverksamma år för att få en bred erfarenhet gällande hantering av grad II-bristningar.

Uppsatsens trovärdighet har diskuterats utifrån Lundman och Hällgren Graneheims (2017) begrepp: *giltighet*, *tillförlitlighet*, *delaktighet* och *överförbarhet*. Resultatet i uppsatsen anses *giltigt* då syftet överensstämmer med resultatet. Exempel på analysprocessen har redovisats och ses i tabell 1 och visar hur innehållsanalysen gått till. För att ytterligare stärka giltigheten har författarna inkluderat citat i resultatet. Uppsatsens *tillförlitlighet* stärks genom att författarna genomförde en pilotintervju samt ytterligare tre intervjuer tillsammans för att garantera att intervjuernas tillvägagångssätt blev likartat. Författarna transkriberade sedan materialet och läste igenom det tillsammans upprepade gånger för att se att det svarade mot syftet. Författarna har även fört en diskussion kring det insamlade materialet under hela resultatprocessen. Författarnas *delaktighet* påverkar resultatet. Dock har författarna försökt hålla tillbaka förförståelsen till materialet trots att författarna haft en viss förförståelse i ämnet. Resultatet är *överförbart* till liknande grupper och sammanhang. Dock är det upp till läsaren att bedöma överförbarheten. Förutsättningar för att upprepa studien ges genom beskrivning av analysprocessen.

Slutsats

Barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning är de som är ansvariga för och handlägger grad II-bristningar. Resultatet visade att det fanns en osäkerhet hos barnmorskorna kring handläggning av grad II-bristningar. Det gäller främst de barnmorskor med mindre erfarenhet och gäller framför allt diagnostisering och suturering. Barnmorskorna uttryckte att möjligheten till kollegialt stöd fanns vilket de använde sig av då de kände sig osäkra. Det fanns dock ingen rutin kring att alltid ta in en kollega som medbedömare vid uppkommen förlossningsbristning. Det framkom även att barnmorskorna önskade återkoppling på den suturering de gjort. De kände sig osäkra på om de gjort rätt och om det blivit bra för kvinnan.

Barnmorskorna önskade en uppföljning dels för sig själva, men också för de kvinnor som fått besvär av sina bristningar. Barnmorskorna gjorde olika då de informerade kvinnan om bristningen. Det framkom inga tydliga rutiner kring vad barnmorskorna ska informera om eller hur de ska informera vid uppkommen grad II-bristning. Barnmorskorna valde oftast att utgå ifrån kvinnan gällande information och återkoppling. Fördelen med detta kan vara att barnmorskan ger kvinnan information när hon är mottaglig för detta. Det kan dock också innebära att kvinnan inte får adekvat information.

Klinisk tillämpbarhet

Det finns idag begränsat med forskning som berör ämnet handläggning av grad II-bristning. Genom att öka kunskapen kring diagnostisering, suturering, dokumentation och information kan kvinnan ges en bättre uppföljning och vård efter förlossning. Det kan också leda till att barnmorskor känner sig tryggare i sin yrkesroll. Denna studie kan användas för att utforma riktlinjer gällande hur kvinnor ska informeras vid grad II-bristning. Det torde vara av vikt att bestämma vad kvinnan får för information, när hon får den och hur den ges. Kvinnan kunde exempelvis i samband med postpartumsamtal bli tillfrågad om sin bristning och om hon har besvär med underlivet och bäckenbotten. Genom tydlig dokumentation kan kvinnan själv läsa om sin bristning och hur hon suturerats, detta är också viktigt för sjukvården om kvinnan skulle få besvär efter förlossningen. Studien skulle också kunna användas för att planera kliniska utbildningsdagar gällande diagnostisering och suturering av bristningar ute i verksamheterna.

Förslag till vidare forskning

Det finns idag begränsad forskning kring handläggning av grad II-bristningar. Ytterligare forskning skulle kunna beröra information till kvinnan i samband med uppkommen förlossningsbristning ur kvinnans perspektiv. Vidare studier skulle kunna undersöka vid vilken tidpunkt efter förlossningen kvinnan är som mest mottaglig för information och vilken typ av information som är mest lämplig. Vidare forskning skulle också kunna beröra uppföljning av grad II-bristningar och hur kvinnan påverkas av dem samt hur kvinnan upplever den uppföljning som finns idag.

Referenslista

- Aasheim, V., Nilsen, A.B.V., Reinar, L.M. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing trauma. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 13(6). doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3
- Andrews, V., Sultan, A.H., Thakar, R. & Jones, P.W. (2006). Occult anal sphincter injuries - myth or reality? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(2), 195-200. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00799.x
- Avis, M., Mallik, M. & Fraser, D. (2012). Practising under your own pin – a description of the transition experiences of newly qualified midwives. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1061-1071. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01455.x
- Bick, D.E., Ismail, K.M., MacDonald, S., Thomas, P., Tohill, S. & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(57), 1-10. doi: 10.1186/1471-2393-12-57
- Bouwina, M., Buurman, R., Leonarda, A. & Lagro-Janssen, M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 406-413. doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x>
- Carlgren, I. & Berg, M. (2008). Postpartum consultation: occurrence, requirements and expectations. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(29), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-29>
- Dahlen, H.G. & Homer, C.S.E. (2007). What are the views of midwives in relation to perineal repair? *Women and Birth*, 21(1), 27-35. doi: 10.1016/j.wombi.2007.12.003
- Dahlén, G. H., Ryan, M., Homer, C. S. E., & Cooke, M. (2007). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23(2), 196-203. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.004>
- Edqvist, M. (2017). *Posterior Perineal Injuries: Midwives' Management and Experiences of the Second Stage of Labour in Relation to Perineal Outcome*. (Doctoral Thesis, Sahlgrenska Academy, Göteborg.) Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/51746>
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I. & Lindgren, H. (2017). Midwives Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears - An Experimental Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 44(1), 86-94. <http://dx.doi.org.www.bibproxy.du.se/10.1111/birt.12267>

Graviditetsregistret. (2014). *Årsrapport 2014*. Hämtad från http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/10/GR_Arsrapport-2014_1.0_webb.pdf

Griffith, R. (2016). Records: What to include. *British Journal of Midwifery*, 24(10), 743-744. doi:
<http://web.a.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=15943609-1286-4f84-bc8d-6ab34b771633%40sessionmgr4010>

Gyhagen, M. (2013). *Long-term consequences of vaginal delivery on the pelvic floor. A comparison with caesarean section in one-para women*. Doctoral Thesis, Sahlgrenska Academy, Göteborg. Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/31701/1/gupea_2077_31701_1.pdf

Kinoti Mutema, E. (2007). A tale of two cities: auditing midwifery practice and perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 15(8), 511-513. doi:
<http://web.b.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=28afa9f9-9c4a-4ac7-bdab-a847ad1c38ce%40sessionmgr101>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R. & Pirhonen, J. (2008). Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 111(5), 1053-1057. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816c4402

Leeman, L., Spearman, M., & Rogers, R. (2003). Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *American Family Physician*, 68(8), 1585-1590.
<http://www.aafp.org/afp/2003/1015/p1585.html>

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the widwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x

Lundman, N. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.219-234). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, A. (2016). Förlossningsskador och suturering. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.) *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (1:1 s. 509-521). Lund: Studentlitteratur.

Patientdatalag (SFS 2008:355). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Patientsäkerhetslag (2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Personuppgiftslag (1998:204). Hämtad från Riksdagens webbplats:

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Polit, D. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.) Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins

Rosberg, S. (2017). Fenomenologi. I B.Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 127-152). Lund: Studentlitteratur.

Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E. & Rubertsson, C. (2008). Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106. doi: [10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x)

SFOG & Svenska Barnmorskeförbundet (2008). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. (Rapport 76). Hämtad 2017-12-19 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>

SFOG (2016). *Bristningsregistret*. Hämtad 2018-01-03 från <https://www.sfog.se/start/kvalitet/bristningsregistret/>

SFOG (2017a). *Anatomi och fysiologi vid bristning*. Hämtad 2017-11-17 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar/anatomi-bristning>

SFOG (2017b). *Bristningar: Patientinformation*. Hämtad 2018-01-09 från http://backenbottenutbildning.se/images/backenbotten/Patientinformation_SV.pdf

SFOG (2017c). *Diagnostik och suturering*. Hämtad 2017-11-17 från https://www.sfog.se/media/325305/bb4_diagnostik_suturering.pdf

SFOG (2017d). *Klassificering av bristningar*. Hämtad 2017-12-19 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar>

SFOG (2017e). *Rekommendationer*. Hämtad 2017-11-17 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/att-forebygga-bristningar/rekommendation>

SFOG (2017f). *Rekommendationer*. Hämtad 2017-01-25 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/uppfoljning/uppf-rekommendationer>

SFOG (2017g). *Risikfaktorer för bristning*. Hämtad 2017-11-17 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/att-forebygga-bristningar/risikfaktorer-for-bristning>

SFOG (2017h). *Suturering*. Hämtad 2018-01-03 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/suturering>

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för barnmorskor*. Hämtad 2017-06-01 <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015*. Hämtad 2017-11-28 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20498/2017-3-3.pdf>

Solum, T. (2014). Funktionell obstetrisk anatomi. I H.Hagberg, K.Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (s. 91-100). Lund: Studentlitteratur.

Steen, M. (2012). Risk, recognition and repair of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 20(11), 768-772. doi: <http://web.a.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/detail/detail?vid=4&sid=282ef3f1-5154-45b9-bfd5-a72220d4a8fd%40sessionmgr4010&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104434615&db=c8h>

Svenska Barnmorskeförbundet (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2018-01-03 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Thompson, S. & Walsh, D. (2015). Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*, 23(8), 553-559. <http://http://web.b.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=622780a4-42c7-46d0-8650-8e75daf6218a%40sessionmgr101>

Way, S. (2011). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28(2012), 712-719. doi:10.1016/j.midw.2011.08.011

Bilaga 1

Ansökan om att få kontakta barnmorskor vid förlossningsavdelningen för intervjustudie

Vi är två studenter på barnmorskeprogrammet, termin 2, som kommer skriva vår magisteruppsats under senare delen av höstterminen 2017. Vi vill undersöka barnmorskans erfarenheter av att vårda födande kvinnor som drabbats av grad II-bristning.

Vi önskar få möjlighet att kontakta mellan sex och åtta kliniskt verksamma barnmorskor för en intervju på förlossningsavdelningen i xxx. Intervjuerna planeras att genomföras under vecka 35-40. Varje intervju beräknas pågå cirka 20-30 minuter.

Materialet kommer endast hanteras av oss undertecknade och vår handledare.

Medverkan är frivillig och data kommer hanteras anonymt.

Vi hoppas med detta brev kunna få hjälp med rekrytering av barnmorskor. Ni är välkomna att höra av er till oss med frågor och synpunkter.

HÖGSKOLAN DALARNA

Charlotte Lennström
h15chale@du.se 070-XXXXXXX

Anna Domeij
h16anndo@du.se 076-XXXXXXX

Handledare är Mari-Cristin Malm, lektor, Högskolan i Dalarna
mcm@du.se 023-778447

Bilaga 2

Intervjuguide

Hur gör du när du undersöker efter bristningar?

Ber du någon kollega komma in och bedöma bristningar?

Vad informerar du kvinnan om? Hur informerar du?

Hur säkerställer du att kvinnan förstått informationen?

Hur dokumenterar du?

Hur tänker du kring uppföljning av grad 2-bristningar?

Bilaga 3

Blankett för etisk egengranskning

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och studerande)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X

6	<p>Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?</p> <p>Med personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen, uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening</p>			X
7	<p>Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelser som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?</p>			X