



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisteruppsats

Prevention av stora perinealbristningar vid Sveriges förlossningsavdelningar

En kartläggningsstudie

Prevention of major perineal tears at the Swedish maternity wards

Författare: Anna Bröms & Mia Låås
Handledare: Helena Lindgren
Examinator: Ingegerd Hildingsson
Ämne/huvudområde: Vårdvetenskap inriktning sexuell,
reproduktiv och perinatal hälsa
Poäng:
Betygsdatum:

Examensarbete nr:

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige ökade prevalensen av rupturer grad IV från 2,6% till 4,2% mellan åren 1994-2004. Årligen är det cirka tretusen kvinnor som drabbas av bristningar av grad III och IV i Sverige. Det är en stor spridning mellan Sveriges olika förlossningsavdelningar.

Syfte: Syftet var att beskriva åtgärder för prevention av perinealbristningar av grad III och grad IV vid normal förlossning på samtliga förlossningsavdelningar i Sverige.

Metod: Deskriptiv kartläggningsstudie med induktiv ansats. Det är en nationell studie som riktar sig till Sveriges alla förlossningsavdelningar. Endast perinealbristning av grad III och grad IV berördes.

Resultat: Totalt deltog 38 av 47 (81%) av Sveriges förlossningsavdelningar i studien. Respondenterna var chefsbarnmorskor, avdelningschefer och enhetschefer. Av deltagande förlossningsavdelningar var det 12 (32%) som har någon form av vårdprogram för perinealskydd, många svarar att barnmorskorna utför perinealskydd på rutin. Dock var det inte vedertaget att alltid hålla perinealskydd vid 8% av avdelningarna. 18 avdelningar svarade JA på frågan om särskilda handgrepp användes och då uppgavs Ritgens handgrepp, det norska handgreppet och det finska handgreppet. 74 % använder sig av även andra metoder än handgrepp, framför allt värme (varma handdukar, dukar, handskar, kompresser) som hålls över perineum. Många tog upp vikten av god kommunikation och att hjälpa kvinnan att krysta i rätt tid. Förlossningsställningar som många använde sig av var sidoläge och knästående, medan andra hävdade att knästående ej användes på grund av den ökande risken för bristningar. 71% av deltagande avdelningar får kontinuerlig utbildning och då nämndes främst workshops och utbildningsdagar.

Slutsats: Metoder för att skydda perineum varierar mellan förlossningsavdelningarna i Sverige. På flera av Sveriges förlossningsavdelningar är det inte vedertaget att alltid använda perinealskydd vid normal förlossning. Vad som orsakar detta tros vara att en del barnmorskor, under utbildningen, fått lära sig att inte hålla perinealskydd.

Klinisk implikation: Nationella riktlinjer angående perinealskydd skulle vara av värde för att kunna erbjuda kvinnan vård på samma villkor landet över. Det är av stor vikt att den förlösande barnmorskan är uppmärksam på riskfaktorerna.

Nyckelord: Barnmorska, normal förlossning, perinealskydd, prevention, sfinkterruptur.

Abstract

Background: In Sweden, the prevalence of ruptures grade IV increased from 2.6% to 4.2% between 1994-2004. Annually, about three thousand women suffer from rupture of grade III and IV in Sweden. There is also a large spread between different maternity wards in Sweden.

Objective: The aim was to describe the actions for the prevention of perineal tear grade III and grade IV in normal childbirth at all maternity wards in Sweden.

Design: Descriptive study using an inductive approach. It is a national study that is addressed to all Swedish maternity wards. Only perineal tear of grade III and IV was concerned.

Findings: A total of 38 (81%) of Swedish maternity wards participated in the study. The respondents were chief midwives, department heads and unit managers. Among the participating maternity wards 12 (32%) had some form of program for protecting the perineum, many responded that it is a routine that midwives protect the perineum. However, it was not customary to always protect the perineum at 8% of departments. 18 departments answered YES to the question of specific drills were used, and then stated Ritgens maneuver, the Norwegian and Finnish- grip. 74% use methods other than manipulation, particularly heat (hot towels, cloths, gloves, swabs) which are held over the perineum. Many brought up the importance of good communication and to help the woman to push at the right time. Many used side position and kneeling as delivery positions to prevent perineal tear, while others argued that kneeling is not used for the increasing risk of rupture. 71% of the participating departments receive continuous training and it was mentioned mainly workshops and training days.

Conclusion: Methods for protecting the perineum vary between birth units in Sweden. On several of Sweden's maternity wards it is not customary to always use perineal protection in normal childbirth. What causes this is believed to be that some midwives during training has been taught not to hold perineal protection.

Clinical implication: National guidelines regarding perineal protection would be of value to be able to offer the women care under the same conditions across the country. It is important that the delivering midwife is aware of the risk factors.

Keywords: Midwife, normal delivery, perineal protection, prevention, sphincter rupture.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	2
2.1 Normal förlossning.....	2
2:2 Perinealbristning	2
2:2:1 Riskfaktorer.....	3
2:2:2 Komplikationer	4
2:2:3 Förekomst.....	4
2:3 Perinealskydd	5
2:4 Tidigare studier	7
3. Problemformulering	7
4. Syfte	8
5. Metod	8
5:1 Urvalskriterier	8
5:2 Datainsamlingsmetod	8
5:3 Analysmetod	9
5:4. Etiska överväganden	9
6. Resultat.....	9
7. Diskussion	20
7.1 Metoddiskussion.....	20
7.2 Resultatdiskussion.....	21
7.3 Slutsatser	26
7.4 Klinisk implikation.....	26
7.5 Förslag till vidare studier.....	27
8. Referenslista	28
Bilaga 1. Frågeformulär	

1. Introduktion

I vårt dagliga arbete som sjuksköterskor och blivande barnmorskor på en BB avdelning möter vi kvinnor med stora bristningar. Vi får ofta frågor om varför det blev en stor bristning och om barnmorskan eller kvinnan själv kunnat göra något för att förhindra detta. Många kvinnor med sfinkterrupturer skäms för att prata om smärta, avföringsproblematik, sexualliv och inkontinensbesvär. Dessa besvär beskrivs ofta som hämmande i det dagliga livet. Eftersom vi på BB-avdelningen arbetar tillsammans med barnmorskor på som även jobbar på förlossningen har vi samtalat mycket kring detta och intresset har sedan dess växt sig starkare hos oss.

Kan vi som barnmorskor göra något för att förhindra detta? Vad görs egentligen på Sveriges förlossningsavdelningar för att förebygga de stora bristningarna? I Sverige drabbas cirka tretusen kvinnor av perinealbristningar av grad III och IV, det som är mest oroväckande med detta är att andelen kvinnor som drabbas, har ökat under de senaste två decennierna. En större perinealbristning har både emotionell och psykologisk inverkan på kvinnors välbefinnande, detta medför att det är av stor vikt att berörd personal fått adekvat utbildning så att kvinnans eventuella frågor och funderingar ska kunna besvaras. Denna deskriptiva kartläggningsstudie bidrar med en översikt av Sveriges förlossningsavdelningars vårdprogram gällande prevention av stora perinealbristningar.

2. Bakgrund

I bakgrunden beskrivs definitionen av begreppet normal förlossning och perinealbristning samt dess förekomst och vilka riskfaktorer och komplikationer som tidigare identifierats. Här förklaras även vad perinealskydd innebär, samt tidigare genomförda studier inom ämnet presenteras.

2.1 Normal förlossning

World Health Organization (WHO, 1996) har definitierat begreppet normal förlossning enligt följande:

- Enkelbörd
- Graviditetslängd mellan 37+0 och 41+6 (veckor+ dagar)
- Vid förlossningens start föreligger inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall
- Värkarbetet startar spontant
- Förlopp utan komplikationer från värkarbetets start till efter moderkakans framfödande
- Barnet föds spontant i huvudbjudning
- Mor och barn mår bra efter förlossningen (WHO, 1996).

2:2 Perinealbristning

Perinealbristning är en bristning i mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen, som kan uppstå under förlossningens utdrivningsskede (Socialstyrelsen, 2009). Bristningarna delas in i grader mellan I-IV, där barnmorskor får suturera bristningar av grad I och grad II. Ofta läker dessa helt utan komplikationer. De djupare bristningarna klassificeras som grad III och grad IV, dessa sys av en gynekolog och då oftast med ryggbedövning på en operationssal, detta för att undvika komplikationer som bl.a. fistlar och avföringsinkontinens (Araújo & Vasconcello de Oliveira, 2008; Gerdin, Sverrisdottir, Badi, Carlsson & Graf, 2007; Socialstyrelsen, 2009). Nedan följer en definition av de olika bristningsgraderna enligt Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren (2009).

- Grad I - bristning i vaginalslemhinna, introitus och/eller perineum, men inte underliggande vävnad.

- Grad II – bristning i vaginalslemhinna, introitus, hud och muskler i perinealvävnad, men inte i analsfinktern.
- Grad III – bristning i vaginalslemhinna, introitus, hud, muskler i perinealvävnad och del av eller hela analsfinktern, men inte i rektalslemhinnan.
- Grad IV – bristning i vaginalslemhinna, introitus, hud, muskler i perinealvävnad, samt analsfinktern och rektalslemhinnan. Kallas även för totalruptur (Kaplan et al., 2009).

I denna studie berörs endast perinealbristning av grad III och grad IV.

2:2:1 Riskfaktorer

Det finns en rad riskfaktorer för att perinealbristningar skall uppstå, dessa är bland annat epiduralbedövning, hög ålder hos modern, hög födelsevikt hos barnet och klipp i perineum. Risken för stora skador ökar även om förlossningen drar ut på tiden och måste avslutas instrumentellt (Gerdin et al., 2007; Jandér & Lyrenäs, 2001; Socialstyrelsen, 2009).

Med hög födelsevikt menas barn som väger mer än 4000g (Jandér & Lyrenäs, 2001; Thies-Lagergren, Kvist, Christensson & Hildingsson, 2011). Mödrar över 35 år visar sig ha en ökad risk för sfinkterruptur, detta beror troligtvis på att vävnaden blivit mindre elastisk (Gerdin et al., 2007; Jandér & Lyrenäs, 2001). I olika studier har det visat sig att förstfödorskor löper en större risk för att drabbas av sfinkterruptur (Jandér och Lyrenäs, 2001; Samuelsson, Ladfors, Gåreberg, Lindblom & Hagberg, 2002; Socialstyrelsen, 2009).

Det är idag vanligt att mödrar får värkförstärkande dropp vilket är associerat med sfinkterrupturer, troligtvis på grund av ett snabbare och mer forcerat förlossningsförlopp. Vid värkförstärkande dropp får kvinnan mycket mer kraftfulla värkar samt minskad kontroll vid utdrivningsskedet (Gerdin et al., 2007; Samuelsson et al., 2002). Det finns en ökad risk för perinealbristning om kvinnan har ett förlängt krystningsskede som är mer än 60 minuter, detta kan bero på att huden blir ödematös och mindre elastisk (Jandér & Lyrenäs, 2001; Samuelsson et al., 2002).

I en studie från Australien har påvisats att förlossningsställning har en stor betydelse för att förhindra perineala bristningar, att föda liggandes på sidan visade sig vara den mest gynnsamma och sittandes på huk var den minst gynnsamma (Shorten, Donsante & Shorten, 2002). Knästående ställning har visat sig utgöra ökad risk för sfinkterruptur. Positioner så som huksittande och stående positioner ger en ökad risk då kvinnan i dessa positioner får en ökad kraft i krystningen och att barnmorskan har svårt att ha uppsyn över (Jandér & Lyrenäs, 2001)

perineum samt ge ett fullgott perinealskydd (Jandér & Lyrenäs, 2001). Thies-Lagergren et al., (2011) motsäger detta då det inte påvisas någon högre frekvens av perinealbristningar eller ödematös perineum vid förlossning på förlossningspall. Här menas även att förlossningspallen kan förebygga mot episiotomi. Enligt Dahlen, Ryan, Holmer och Cooke (2007) har det visats gynnsamt att ändra förlossningsställning för att förebygga perinealbristning. Detta på grund av att trycket på perineum då förändras under förlossningens gång.

2:2:2 Komplikationer

Det är sedan tidigare känt att perinealskador, i samband med episiotomi (klipp i perineum), kan efter förlossningen ibland leda till perineal smärta och inkontinens (Samuelsson et al., 2002). Många nyförlösta kvinnor klagar över smärta, samt att denna stör deras dagliga aktiviteter och även att det stör deras interaktion med det nyfödda barnet och familjen (Araújo & Vasconcello de Oliveira, 2008). En perinealbristning av grad III har både emotionell och psykologisk inverkan på kvinnors välbefinnande. Det har visat sig att dessa kvinnor även kände sig isolerade från hälso- och sjukvården, partners och andra familjemedlemmar. Känslor av isolering från sin partner har beskrivits i termer av ovilja att diskutera frågan, eller överdriven oro för obehag under samlag. I och med dessa känslor från kvinnans sida var det troligt att även deras partner hade samma känslor, och därmed samma behov av information och stöd (Williams, Lavender, Richmond & Tincello, 2005).

De flesta perinealbristningar läker bra och många kvinnor får inga bestående fysiska men (Socialstyrelsen, 2009). Dock kan svåra perinealbristningar av grad III och grad IV försämra livskvaliteten för många kvinnor. Det som kvinnorna upplever som mest besvärande är avföringsinkontinens samt smärta i mellangården och smärta vid samlag (Gottvall, Allebeck & Ekéus, 2007). Kvinnorna kan även reagera känslomässigt och deras välbefinnande kan sjunka, de oroar sig för framtida graviditeter och deras sexuella funktion (Socialstyrelsen, 2009). Rogers, Borders, Leeman och Albers (2009) fann även att kvinnor som fått större bristningar rapporterades ha mindre lust att bli hållen, smekt och vidrörd.

2:2:3 Förekomst

Enligt en studie gjord av Gottvall et al. (2007) visade det sig att prevalensen av rupturer grad IV ökade i Sverige från 2,6% till 4,2% mellan åren 1994-2004. Enligt Socialstyrelsen (2009)

är det i Sverige årligen cirka tretusen kvinnor som drabbas av bristningar av grad III och IV. Det är en stor spridning mellan landstingen, mellan åren 2003-2007 varierade andelen mellan 2,7 och 4,9% (Socialstyrelsen, 2009). Under 1990-talet och fram till år 2004 ökade andelen kvinnor med tredje eller fjärde gradens bristningar. Inom förlossningsvården uppmärksammades denna ökning och åtgärder vidtogs. Från år 2005 syns en nedåtgående trend (Socialstyrelsen, 2011).

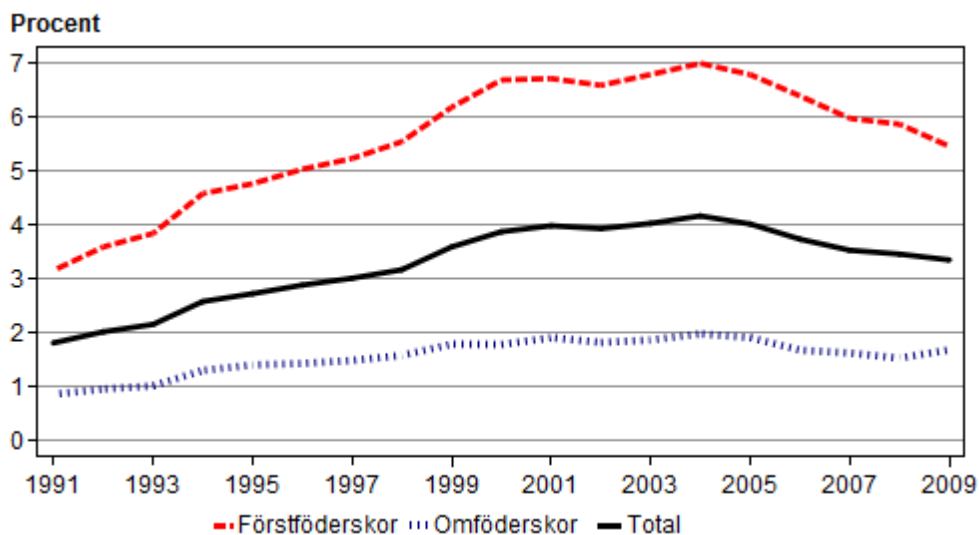
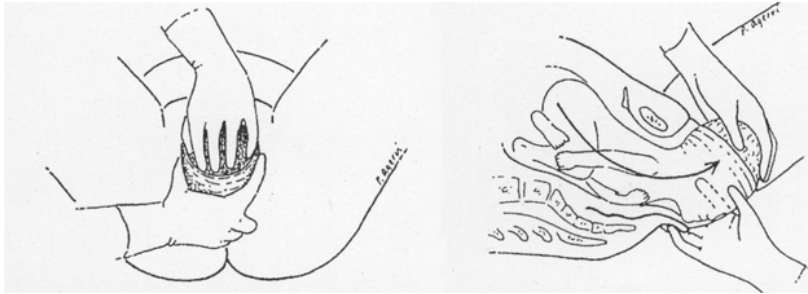


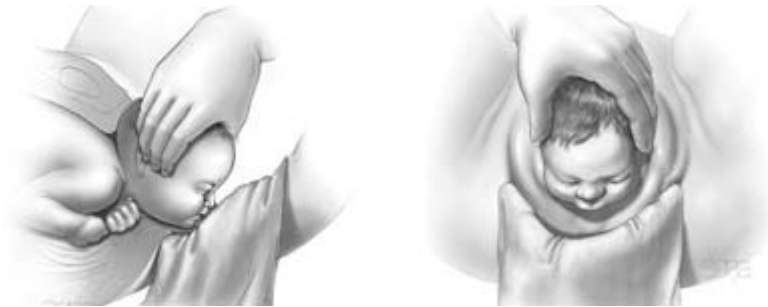
Diagram 1. Bristningar av grad III och IV. 1991-2009. (Socialstyrelsen, 2011).

2:3 Perinealskydd

Enligt rapport från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG, 2001) är det en ökad risk för sfinkterruptur om det är avsaknad av perinealskydd. Det rekommenderas alltid perinealskydd med eller utan Ritgens handgrepp samt att observera perineums status under utdrivningsskedet. Med Ritgens handgrepp menas att barnmorskan håller sin vänstra handflata på barnets huvud och bromsar detta om hon märker att det kommer för snabbt. Med de vänstra fingrarna kan hon försiktigt försöka föra tillbaka labia och den uttunnande perineum när huvudet skär igenom. Den högra handen placerar hon i perineum med tumme och pekfinger på var sida av slidöppningen och med de andra fingrarna försöker hon få ett tag om barnets haka.

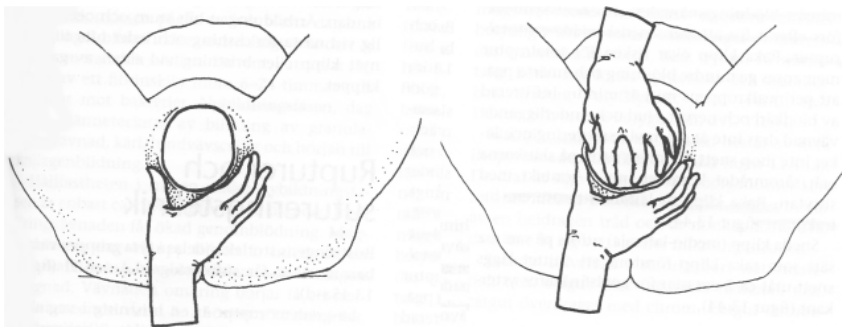


Figur 1. Ritgens handgrepp (SFOG, s42, 2001).



Figur.2 Modifierat Ritgens handgrepp, även kallat Pirhonens handgrepp eller det finska handgreppet (Accessmedicine, 2011).

En annan metod för perinealskydd är att barnmorskan placerar sin högra hand runt perineum så hon kan iaktta denna. Även här hjälper hon till med den vänstra handen på barnets huvud (SFOG, 2001).



Figur 3. Vanliga perinealskydd (Kaplan et al. s279, 2001).

I en studie av Pirhonen et al. (1998) diskuteras att orsaken till den ökande frekvensen av stora perinealbristningar kan bero på brist av perinealskydd vid förlossningarna i Sverige.

2:4 Tidigare studier

I och med att det är vanligt med perinealbristningar är det önskvärt med interventioner som kan användas som stöd för att minska dessa. Bland de metoder som idag används för att skydda mellangården finns massage av perineum, spontana krystningar, perinealskydd och användning av varma kompresser och smörjmedel under utdrivningsskedet (Lydon-Rochelle, Albers & Teaf, 1995; Sampselle & Hines, 1999).

Det har gjorts en studie för att undersöka den eventuella effekten av prenatal perineal massage, för att föda utan perinealbristning. Resultatet av studien visade dock att massage av perineum, under graviditeten, inte hade varken en skyddande eller negativ effekt. Dock uppgav nittio procent av kvinnorna i massagegruppen att de skulle utföra perineal massage även under nästa graviditet (Mei-dan, Walfisch, Raz, Levy & Hallak, 2008). En studie utfördes av Araújo och Vasconcello de Oliveira (2008) för att utvärdera effekten av flytande vaselin för att minska förekomsten av bristningar. I försöksgruppen användes vaselin på perineum under förlossningens utdrivningsskede. Den födande kvinnan tilläts då att krysta spontant samt ligga kvar i vänster sidoliggande ställning. Enligt den studien ska användningen av flytande vaselin inte ha någon effekt för att minska varken frekvensen eller graden av perinealbristningar.

I och med kvinnors psykiska och emotionella lidande vid en perinealbristning av grad III rekommenderas att all personal får adekvat utbildning för att kunna hantera de frågor som väcks hos kvinnan och hennes partner. Enligt tidigare studier har det visat sig att brist på information och dålig kommunikation var de viktigaste orsakerna till kvinnors lidande. För att ta reda på partners upplevelser och behov krävs dock ytterligare studier (Williams et al., 2005).

3. Problemformulering

Perinealbristningar drabbar idag många kvinnor som har en vaginal förlossning, och under de senaste åren har det varit en ökad frekvens i Sverige. Perinealbristningar leder inte bara till ett fysiskt lidande, utan även till ett emotionellt och psykiskt lidande. Många kvinnor kan efter förlossningen uppleva känslor som ilska, missförstånd, oro och nedstämdhet. Dessa känslor är motsatsen till hur kvinnan ska få möjlighet att känna då hon för första gången har sitt nyfödda barn på bröstet, hon ska då kunna känna lycka, upprymdhet och glädje istället. Som barnmorska är det av största vikt att hjälpa kvinnan att få en så bra erfarenhet som möjligt av

sin graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Det finns en mängd olika riskfaktorer, både maternella och fetala, för att perinealbristningar ska uppstå. Det saknas information om vilka åtgärder som vidtas vid förlossningsavdelningar i Sverige i syfte att förebygga stora perinealbristningar hos den födande kvinnan.

4. Syfte

Syftet med studien är att beskriva åtgärder för prevention av perinealbristningar av grad III och grad IV vid normal förlossning på samtliga förlossningsavdelningar i Sverige.

5. Metod

Studiens design är en deskriptiv kartlägningsstudie med induktiv ansats. Syftet med en sådan studie är att kartlägga ett visst område, i detta fall prevention av stora perinealbristningar som används på Sveriges samtliga förlossningsavdelningar. Den här studien bidrar med en översikt av ovan nämnda område.

5:1 Urvalskriterier

Denna studie är nationell och riktar sig till Sveriges samtliga förlossningsavdelningar. I denna studie berörs endast perinealbristning av grad III och grad IV.

5:2 Datainsamlingsmetod

Kontakt har tagits med Svenska Barnmorskeförbundet angående kontaktuppgifter till Sveriges samtliga förlossningsavdelningar. En lista mottogs med en förteckning över befintliga förlossningsavdelningar. Med hjälp av denna har kontakt tagits med avdelningscheferna genom att först ringa sjukhusets telefonväxel. Personerna i fråga har blivit informerade om studiens syfte och har blivit tillfrågade om deltagande. Frågorna som ställdes finns bifogade i bilaga 1, vilken är en enkät som endast utformats för att svara på studiens syfte. Ovan nämnda enkät har utformats utifrån nuvarande kunskapsläge och pilottestats på tio avdelningar som även ingår i studien, därefter beslöts att ej göra några ändringar av frågorna. Vid intervjuerna antecknades belysande kommentarer som används för illustration. När avdelningscheferna försöktes nå för femte gången, utan resultat, exkluderades dessa ur studien på grund av tidsbrist. Ingen av avdelningarna tackade nej till medverkan.

5:3 Analyismetod

För att identifiera olika åtgärder som nämns som prevention av stora perinealbristningar räknas intervju svaren samman och presenteras med hjälp av beskrivande statistik samt i ”Tabell 1” där varje svar presenteras i relation till förlossningsavdelning. I ”Tabell 1” presenteras i procent även andelen perinealbristningar av grad III och IV enligt Socialstyrelsen (2011).

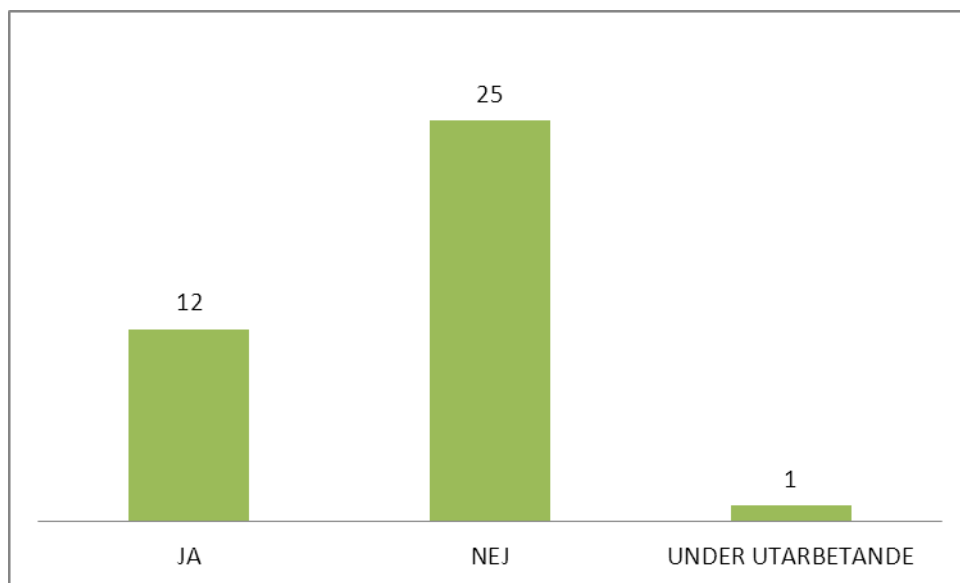
5:4. Etiska överväganden

All forskning omfattas av forskningsetiska aspekter och all forskning skall vara värderingsfri (Olsson & Sörensen, 2001). Studiens författare har gjort en prövning med hjälp av den etiska egengranskningsblankett som finns vid Högskolan Dalarna. Enligt denna uppfylldes inga kriterier för att denna studie skulle etikgranskas.

6. Resultat

Syftet med studien var att beskriva åtgärder för prevention av perinealbristningar av grad III och grad IV vid normal förlossning på samtliga förlossningsavdelningar i Sverige. Av landets förlossningsavdelningar är det 81% (38 av 47) som deltagit i studien. Nio förlossningsavdelningar har inte gått att få kontakt med. Deltagande förlossningsavdelningar finns utspridda över hela Sverige. Vid enkätundersökningen är det chefsbarnmorskor, avdelningschefer och enhetschefer vid förlossningsavdelningarna som besvarat frågorna.

Av deltagande förlossningsavdelningar är det 32% (12 av 38) som har någon form av vårdprogram för perinealskydd.



Figur 3. Antal förlossningsavdelningar som har någott vårdprogram för perinealskydd?

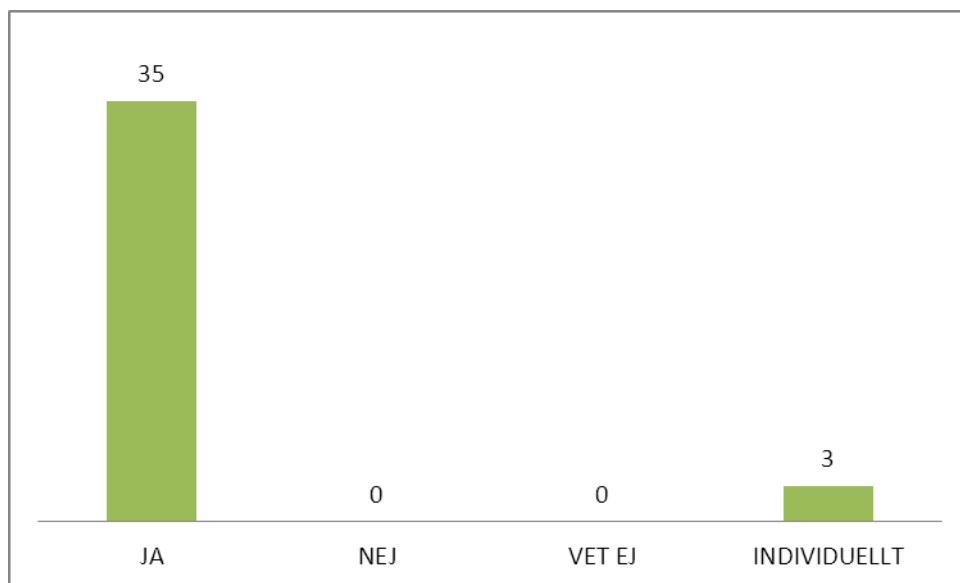
Flera av avdelningscheferna berättar att det inte finns något nedskrivet för just perinealskydd. I vissa fall ingår även perinealskydd i vårdprogrammet för normal förlossning.

”Ja inte ett vårdprogram, mer en strategi” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

”Ja vi har rutiner som vi alla jobbar efter” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Många svarar att barnmorskorna håller perinealskydd på rutin och att det ”går från mun till mun”. På någon avdelning finns det rutiner och riktlinjer, men inga riktiga vårdprogram. En av Sveriges förlossningsavdelningar följer SFOG-rapporten som handlar om perinealskydd.

Vid Sveriges förlossningsavdelningar är det inte vedertaget att alltid använda perinealskydd vid normal förlossning vid 8% (3 av 38) av avdelningarna.



Figur 4. Antal förlossningsavdelningar där barnmorskorna använder någon form av perinealskydd vid normal förlossning?

Avdelningscheferna har vid dessa avdelningar berättat att det är väldigt individuellt och att en del av barnmorskorna där arbetar enligt metoden "hands off" vilket innebär att barnmorskan guidar kvinnan genom förlossningen endast med sina ord till hjälp. Två av dessa förlossningsavdelningar är belägna i södra Sverige. Vid ett av universitetssjukhusen i mellansverige förespråkas perinealskydd, men det är trots detta individuellt i det praktiska arbetet.

"Ja, vi har fallit tillbaka i det, förr var det mycket hands-off men nu är vi tillbaka med att hålla skydd i perineum, men vi tror på att man ska ha koll på perineum" (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

"Ja, de allra flesta gör det men jag vet även att det är många av de äldre kollegorna som har händerna bakom ryggen" (Personlig kommunikation, 1 juni 2011).

"Det är individuellt, hur man är upplärd, som jag som är upplärd på 70-talet då var det hands off och vi har inte fler sfinkterrupturer än någon annan, men självklart vid klockor är det extra viktiga att hålla perinealskydd" (Personlig kommunikation, 1 juni 2011).

Avdelningschefen på en förlossningsavdelning i norra Sverige tycker att det är en självklarhet att hålla perinealskydd då det ingår i barnmorskeutbildningen. Det är inte bara barnmorskorna som håller perinealskydd, utan vid en av förlossningsavdelningarna håller även läkarna aktivt perinealskydd vid förlossning med sugklocka.

”Alla nya barnmorskor som kommer hit och anställs, de som är nyutbildade, får reda på att de måste förlösa med tvåhandsgrepp de två första åren, de får alltså inte förlösa utan tvåhandsgrepp och de får heller inte förlösa i fria förlossningsställningar om det inte finns ett uttalat önskmål (från mor) om detta” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Vad som framkom i denna fråga var att det är väldigt individuellt vilket handgrepp som används.



Figur 5. Antal förlossningsavdelningar där barnmorskorna använder särskilda handgrepp vid perinealskydd?

Orsakerna beror ofta på hur förlossningen fortskrider samt barnmorskans erfarenhet och kunskap, hur hon är upplärd att hålla perinealskydd.

”Jag tror att det går till på ganska många olika vis, jag tror inte att man bara har ett handgrepp utan man har nog utefter egen utarbetad erfarenhet” (Personlig kommunikation, 1 juni 2011).

”Man gör det utifrån förutsättningarna, det är en kunskapsfråga hur man gör utifrån tidigare anamneser och hur förlossningen går framåt” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Det är inte många som använder sig av Ritgens handgrepp. Utöver detta används även ett norskt handgrepp, vilket innebär att barnmorskan viker in långfingret i vagina för att få extra hjälp. Det finska handgreppet (Pirhonens handgrepp) och det vanliga handgreppet är det som förekommer mest frekvent inom förlossningsvården.

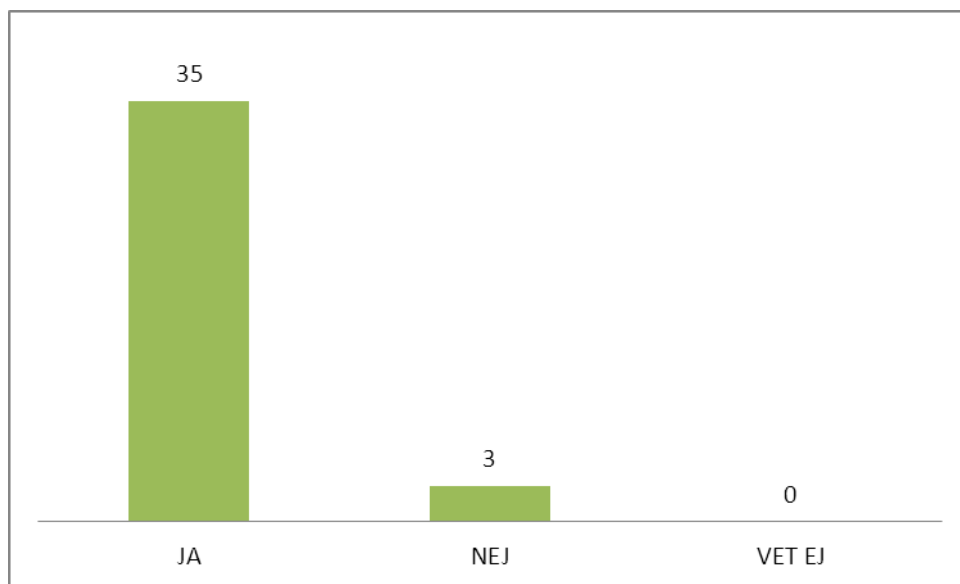
”När kvinnorna inte orkar längre använder vi Ritgens, men det är inte alla som är utbildade inom detta, men vi har några stycken, ca 20%” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

På några av Sveriges förlossningsavdelningar är det alltid två barnmorskor som närvarar vid förlossningarna, just för att kunna hålla ett ordentligt perinealskydd. På en avdelning håller båda barnmorskorna perinealskydd då axlarna föds fram, på en annan avdelning kan det se ut enligt följande.

”Det är individuellt, men förlösande barnmorska håller perinealskydd när huvudet tränger fram och assisterande barnmorska håller perinealskydd när axeln föds fram. Det är alltid två barnmorskor” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Genomgående är att perineum skall skyddas, antingen med höger eller vänster hand, samt att hålla emot på barnets huvud med den andra handen. På så sätt kan barnmorskan styra framfödandet och genomföra ett kontrollerat utförande av barnets huvud. Många betonar även vikten av att hålla perinealskydd vid framfödandet av axlar och höfter.

Det finns andra metoder än handgrepp som kan användas för att undvika perinealbrisningar. Den metod som används mest frekvent är värme (varma handdukar, dukar, handskar, kompresser) som hålls över perineum.



Figur 6. Antal förlossningsavdelningar där barnmorskorna använder andra metoder än handgrepp för att undvika bristningar?

Många barnmorskor smörjer även perineum med olja eller bedövningsgel, även massage över perineum används ibland.

”Ja, det tror jag vi gör allihopa. Vi använder massage och uttänjning av perineum” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

”Varma handdukar och Xylocain gel, inte rutinmässigt men jag vet att vissa barnmorskor gör det som lite extra glidmedel” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Flera avdelningschefer beskriver vikten av att ha god kommunikation och ögonkontakt med den födande kvinnan. Att hjälpa henne genom krysvärkarna och instruera henne så att hon inte krystar för tidigt, det vill säga innan huvudet står i bäckenbotten, det finns då risk för att vävnaden blir svullen. Det är viktig att inte forcera krysningsen och att kvinnan ska ta det i sin takt, andra säger att det ska vara barnmorskan som leder förlossningen. Ett flertal säger att förlossningen ska ske i samspel mellan mor och barnmorska.

”Ja, det är kommunikationen med patienten som är otroligt viktig för att hon skall krysta i rätt takt och på rätt sätt och kan andas ut en värk och så där” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

”Samarbete mellan barnmorska och mamma är en förutsättning” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

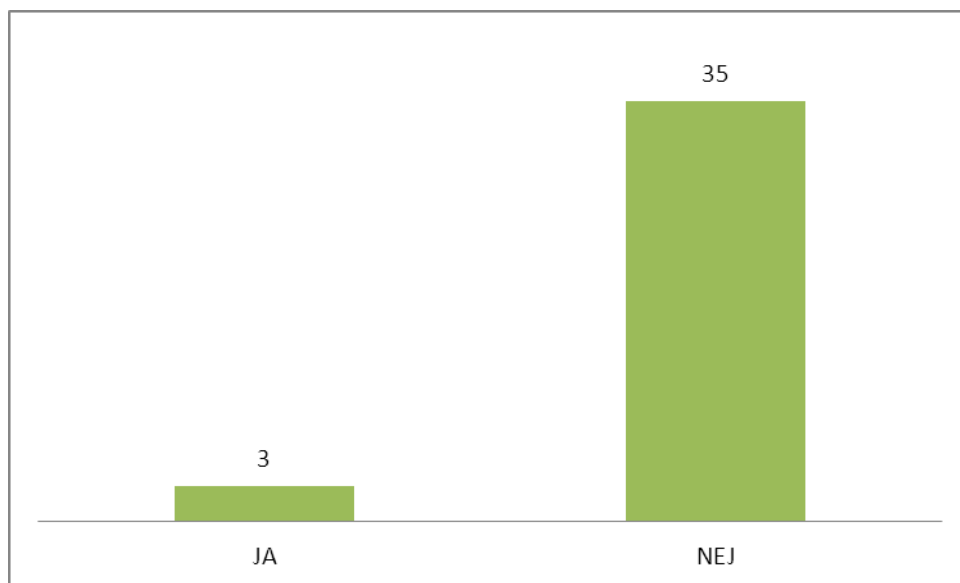
Förlossningsställningar är en annan metod som används frekvent. De gynsammaste förlossningsställningarna sägs, enligt några, vara sidoläge och knästående, på andra avdelningar förlöser inte barnmorskorna knästående på grund av den misstänkta risken för perinealbristning. På en förlossningsavdelning får kvinnan alltid föda i sidoläge om hon tidigare haft en sfinkterruptur.

”Vi brukar rekommendera halvsittande eller liggande eller även sidoläge. Vi informerar alltid om att det är svårare för oss att hålla ett bra perinealskydd vid knästående, sen får de ju välja själva” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Barnmorskans roll är även den viktig för att försöka undvika perinealbristning. På någon förlossningsavdelning finns endast erfarna barnmorskor och på andra avdelningar är det alltid två barnmorskor som förlöser tillsammans, en av dem håller då perineum. På en av avdelningarna där andra metoder än handgrepp ej används beskrivs anledningen enligt följande.

”Nej vi använder inte andra metoder än perinelskydd, jag förstår att du menar varma handdukar men man ska inte hålla på med sånt, då får man en ödematös perineum och man tappar uppsikten över perineum” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

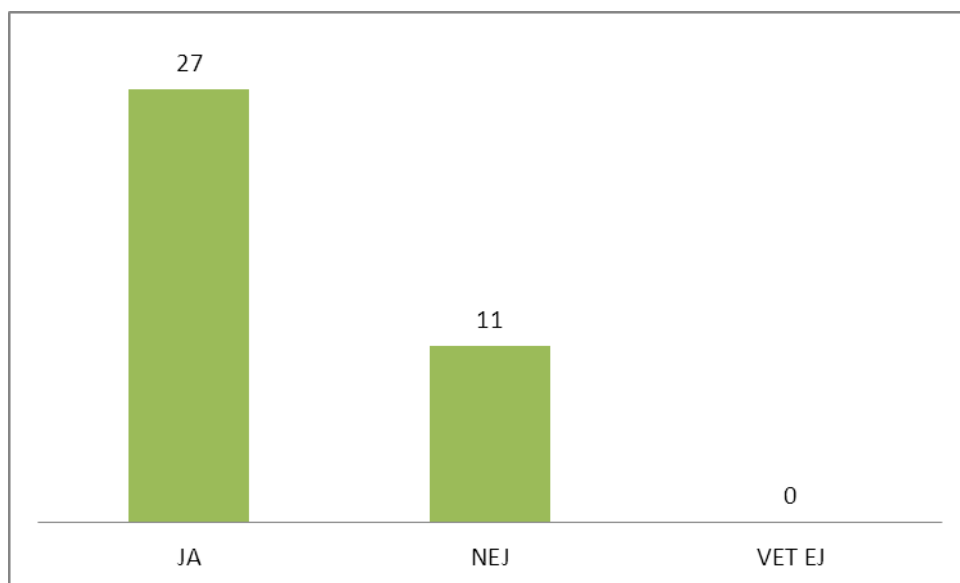
Två av Sveriges förlossningsavdelningar ingår i en och samma forskningsstudie angående perinealskydd vid frågetillfället.



Figur 7. Antal förlossningsavdelningar som ingår i någon forskningsstudie angående perinealskydd.

Denna studie innebär att barnmorskorna på förlossningsavdelningarna använder sig av ett hjälpmedel som en av deras läkare har utarbetat. Detta hjälpmedel är som en plastvinge som förs in i vagina vid förlossningen för att minska belastningen på perineum och sprida ut det utsatta området. Hjälpmedlet ser ut som en platta som förs in i vagina och på utsidan finns två vingar som delar sig, just för att belastningen ska spridas över hela perineum. En av de inkluderade avdelningarna ingår i en individuell forskningsstudie angående perinealskydd.

Av deltagande förlossningsavdelningar får personalen på 71% (27 av 38) av avdelningarna kontinuerlig utbildning inom ämnet perinealskydd.



Figur 8. Antal förlossningsavdelningar där personalen får kontinuerlig utbildning inom detta ämne.

På vissa avdelningar övar personalen praktiskt på att hålla perinealskydd, dessa tillfällen kallas bl.a. för praktisk obstetrik, akutobstetrik, perinealskola och teamträning, på en avdelning finns det även en grupp som arbetar aktivt med dockträning.

”Ja, det får de. Alltså vi har utbildningar som heter praktisk obstetrik i olika teman, bl.a. perinealskydd och suturering, som så att alla har en utbildning av en specialbarnmorska, kan man väl säga, som jobbar med detta” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

”Ja det kan man säga, vi har något som vi kallar för akutobstetrik som är praktiska övningar där man övar på stora blödningar, skulderdystoxi, tvillingar och då ingår perinealskydd och detta är obligatoriskt för både barnmorskor och läkare” (Personlig kommunikation, 8 juni 2011).

Andra förlossningsavdelningar utbildar personalen teoretiskt genom kontinuerlig uppföljning, planeringsdagar, instruera genom film, diskussion i grupp och även dataprogram. Någon avdelning har haft projekt inom detta område och utbildade då alla barnmorskor i att hålla perinealskydd. På en avdelning får barnmorskan fylla i ett protokoll när denna haft en patient med en sfinkterruptur, utifrån det diskuteras sedan vad som hade kunnat gjorts annorlunda för att eventuellt undvika bristningen.

”Vi använder styrkort, vi ska vara nere på 2% och vi jobbar väldigt mycket med det. Vi har även dataprogram och vi ska på planeringsdagar till Åbo, där de har väldigt låg frekvens, för att se om vi kan lära oss något där” (Personlig kommunikation, 7 juni 2011).

Många av avdelningscheferna upplever att det lönar sig att utbilda personalen inom detta ämne. I ett av landets län finns ett politiskt beslut som innebär att om förlossningsavdelningen har över 3% sfinkterrupturer blir det avdrag på deras budget. I denna siffra ingår även förlossningar med sugklockor.

Tabell 1. Förekomst av undersökta variabler vid förlossningsavdelningar i Sverige

	Har vårdprogram för perinealskydd	Använder perinealskydd vid normal förlossning	Använder särskilda handgrepp vid normal förlossning	Använder andra metoder än handgrepp vid normal förlossning	Ingår i någon forskningsstudie angående perinealskydd vid frågetillfället	Personalen får kontinuerlig utbildning inom perinealskydd	Bristningar av graden III och IV per sjukhus, 1973-2009 i % (Socialstyrelsen 2011)
BB Stockholm	X	X	X	X		X	3,0
Borås		X		X		X	2,8
Danderyd		X	X	X		X	4,9
Eksjö		X	X	X			1,8
Eskilstuna		X		X			4,2
Falun		X		X		X	3,5
Gävle		X	X	X			2,9
Göteborg		X	X			X	3,0 tillsammans med Mölndal
Halmstad	X	X	X	X		X	3,4
Helsingborg	X	X		X	X		2,8
Hudiksvall	X	X	X	X		X	4,0
Kalmar	X	X		X		X	3,5
Karlskoga	X	X	X	X		X	2,0
Karlskrona	X	X	X	X			2,8
Karolinska. Solna		X		X		X	4,7
Kristianstad		X	X	X			3,3
Linköping	X	X	X	X		X	2,8
Luleå	X	X	X	X		X	1,8
Lund	Under utarbetande	X	X	X	X	X	3,5
Lycksele		X	X			X	4,5
Malmö		Individuellt		X	X	X	4,0
Mölndal		X		X		X	3,0 tillsammans med Göteborg
Skellefteå		X		X		X	2,2

	Har vårdprogram för perinealskydd	Använder perinealskydd vid normal förlossning	Använder särskilda handgrepp vid normal förlossning	Använder andra metoder än handgrepp vid normal förlossning	Ingår i någon forskningsst- udie angående perinealskydd vid frågetillfället	Personalen får kontinuerlig utbildning inom perinealskydd	Bristningar av graden III och IV per sjukhus, 1973-2009 i % (Socialstyrelsen 2011)
Skövde		X				X	2,7
Sollefteå		X		X		X	3,4
Sundsvall	X	X		X			3,0
Södersjukhuset . Stockholm		X		X		X	4,5 tillsammans med Södra BB
Södertälje		X	X	X		X	2,1
Södra BB. Stockholm		X	X	X		X	4,5 tillsammans med Södersjukhuset
Trollhättan		X		X		X	3,2
Umeå	X	X		X		X	2,9
Visby	X	X	X	X		X	3,8
Västervik		X		X			3,7
Västerås		X		X			3,2
Växjö		X		X			3,7
Ystad		Individuellt		X		X	4,6
Örebro		Individuellt	X	X		X	2,6
Örnsköldsvik		X		X			1,1
TOTALT:	12	35 (+3)	18	35	3	27	Riket: 3,3

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Valet av analysmetod var den mest självklara metoden för en deskriptiv kartlägningsstudie då den även visar beskrivande statistik. Att ha citat med i resultatet upplevs som en styrkande faktor. Detta bidrar även till en större förståelse för den presenterade statistiken. Förslag på en annan metod är att använda sig endast av kvalitativ metod då intervjuer skulle kunna göras med barnmorskor som arbetar på Sveriges förlossningsavdelningar. Därefter belysa deras upplevelser av användningen av perinealskydd, samt hur de arbetar praktiskt på just sin avdelning. Troligtvis skulle det kunna ge andra svar om denna studie utfördes med de förlösande barnmorskorna istället för avdelningscheferna. Detta på grund av att inte alla avdelningschefer arbetar kliniskt på förlossningsavdelningen och därmed kanske inte har samma insikt i, till exempel, vilka handgrepp som används vid perinealskydd.

För att samla in material till studien kontaktades Svenska Barnmorskeförbundet via telefon, för att få kontaktuppgifter till Sveriges samtliga förlossningsavdelningar. En lista mottogs, via elektronisk post, med en förteckning över befintliga förlossningsavdelningar i Sverige. Med hjälp av denna lista kontaktades samtliga avdelningschefer för förlossningsavdelningarna, detta genom att först ringa sjukhusets telefonväxel. Frågor ställdes till avdelningscheferna enligt "Bilaga 1" som endast utformats i syfte att besvara de frågor som tros ha relevans för denna studie. Då studien utfördes under en tidsbestämd period (maj-september) var det med stora svårigheter som avdelningscheferna nåddes inom utsatt tid. Under dessa månader var det många som hade semester och det var då svårt att få kontakt med avdelningscheferna. Troligtvis hade deltagandet varit större om datainsamlingen ej varit förlagd under sommarmånaderna.

Vid tolkning av enkäterna kan missuppfattningar ha skett angående något som den intervjuade sagt. För att undvika detta missförstånd hade enkäten kunnat sändas ut via post så att avdelningscheferna på förlossningsavdelningarna kunnat fylla i den själva och sedan sänt tillbaks enkäten för analys och sammanställning. Troligtvis hade deltagandet hade varit lägre om enkäten sänts till avdelningscheferna via post. En styrka är dock att intervjuaren tolkats av två personer, detta för att försöka minimera feltolkningar intervjuaren.

Vid sökning av vetenskapliga artiklar till "2. Bakgrund" och "7.2 Resultatdiskussion" fanns ett mycket stort urval, det var med vissa svårigheter som urvalet gjordes då det var så stort. Urvalet har gjorts allt eftersom då många artiklar har lästs igenom och en del har sedan sällats

bort då de inte uppfyllt kraven för relevans för studiens syfte. Många av artiklarna är internationella då det var svårt att hitta Svenska artiklar som var relevanta för området. Det vore intressant med ett större urval av nationella artiklar. Det kan även vara en fördel att inkludera internationella artiklar då detta kan bidra till ett bredare spektrum, en bättre bakgrundsförståelse och även en iblick i andra länders förlossningsvård.

Det har varit både en fördel och en trygghet att vara två personer under uppsatsskrivandet. Arbetet har mestadels skett tillsammans, dock har en del uppgifter delats upp. En av styrkorna med att ha arbetat tillsammans var att det fanns möjlighet till att diskutera problem, frågor och idéer som uppstått under arbetets gång. Materialet har även bearbetats av två personer, vilket ses som något positivt och en styrka med studien. Detta har bidragit till en mer noggrann bearbetning samt att risken att förbise något viktigt har minskat. Ytterligare en fördel med att vara två personer är att studien har kritiskt granskats under hela skrivprocessen. Både vid översättning och tolkning av vetenskapliga artiklar har det underlättat att vara två personer då artiklar kan tolkas genom olika perspektiv.

Det är svårt att avgöra studiens realitet dels på grund av att vården ständigt utvecklas, dels på grund av att intervjuvar kan ha misstolkats. Även intervjufrågorna kan ha misstolkats av de tillfrågade avdelningscheferna. Validiteten anses hög då enkäten utformats utifrån studiens syfte och därmed svarat på detta. En svaghet med studien kan vara att i intervjufrågorna hade det varit av intresse att veta om avdelningschefen arbetade kliniskt på förlossningsavdelningen. En annan svaghet i enkäten var att det inte fanns någon definition av begreppet "kontinuerlig utbildning".

7.2 Resultatdiskussion

Hälso- och sjukvård skall baseras på vetenskaplig evidens och erfarenhetsbaserad kunskap. Detta anses som "det bästa sättet för vård är att blanda evidens, klinisk expertis och patientens erfarenheter" (McCandlish, 2001). PM och riktlinjer används för att guida och vägleda sjukvårdspersonalen i syfte att patienterna skall få rätt vård. Webster et al. (1999) visar på att det är möjligt att genomföra kliniska förändringar med hjälp av evidens och forskningsresultat (Webster et al., 1999). Det som framkommit i denna genomförda studie är att det i Sverige finns riktlinjer och PM för användning av perinealskydd, nedskrivet hos tolv av trettioåtta avdelningar, det vill säga trettiofyra procent.

Mellan åren 1990-2005 var det i Sverige en stigande trend med sfinkterrupturer av grad III och IV. Det var då förlossningsavdelningarna började arbeta mer med prevalens och då sjönk även antalet bristningar (K. Gottvall, personlig kommunikation, 6 september 2011). Detta ses tydligt i Diagram 1. Vid Sveriges förlossningsavdelningar är det inte vedertaget att alltid använda perinealskydd vid normal förlossning vid åtta procent av avdelningarna. Avdelningscheferna berättar att det är väldigt individuellt och att många av de äldre barnmorskorna endast använder rösten som verktyg. I Sverige har det funnits trender i hålla perinealskydd och många äldre barnmorskor arbetar fortfarande efter mottot ”hands off”. McCandlish et al. (1998) genomförde en studie i England. I denna jämfördes två grupper, en där barnmorskorna höll perinealskydd och en grupp där barnmorskorna hade ”händerna på ryggen”, så kallad ”hands off”. Det visade sig att kvinnorna i gruppen där barnmorskorna höll perinealskydd hade mindre ont i underlivet efter 24 timmar, samt 10 dagar efter förlossningen. Dock visar en litteraturstudie av Renfrew, Hannah, Albers och Floyd (1998) att det inte fanns några tillförlitliga bevis för effektiviteten av manuellt tryck på perineum och kontroll av barnets födelse av huvud och axlar.

Det är viktigt att redan på studentnivå vara uppmärksam på att lära ut perinealskydd på rätt sätt, samt att betona vikten av att hålla perinealskydd. Bilderna i de flesta studentlitteraturerna visar endast perinealskydd då kvinnan ligger i gynläge. Utbildningarna runt om i landet bör bli uppmärksamma på den rådande forskningen och på så sätt kunna lära ut perinealskydd i flera olika förlossningsställningar. Många berättar att barnmorskorna använder sig av det perinealskydd som hon blivit lärd under utbildningen och som nyutbildad barnmorska. Troligtvis behöver det inte finnas ett rätt perinealskydd utan vården skall anpassas individuellt. McCandlish (2001) skriver: ”Gör rätt sak, på rätt vis, för rätt person, i rätt tid”. Dessa ord anses tänkvärda då det innebär att vården skall anpassas utifrån varje individ och varje vårdsituation.

Något som alla barnmorskor och läkare bör tänka på vid klinisk arbete är att stora skador i perineum och ner i sfinktermuskeln skapar ett hämmat liv för många kvinnor med komplikationer. Enligt Samuelsson et al. (2002) kan dessa fysiska komplikationer vara underlivssmärta och avföringsinkontinens. I arbetet på BB avdelningen uppmärksammades andra komplikationer, så som vaginala hematom, infektioner och stora hemorrojder.

Vid genomförd intervju framkom att många avdelningschefer pekade på just kunskap och den kliniska blicken. De menar på att de äldre kollergorna har så pass stor erfarenhet att de kan avgöra när perineum behöver ha stöd, något som även tas upp i en studie av Gottard (2001).

Denna studie visar att många barnmorskor håller perinealskydd efter erfarenhet och hur hon själv blev upplärd som nyutbildad barnmorska. Många berättar att de på senare tid har börjat använda det finska handgreppet (Pirhonens handgrepp) eller att de skall åka till Finland på utbildningsdagar. I en studie av Pirhonen et al. (1998) jämfördes det traditionella svenska perinelaskyddet i Sverige och det ”finska greppet” i Finland och fann att det var tretton gånger högre risk att drabbas av sfinkterruptur i Sverige än i Finland. Det kan ifrågasättas om det endast är det finska handgreppet som gör att risken för sfinkterrupturer är högre i Sverige än i Finland, eller om det kan bero på andra faktorer som till exempel bemanning, utbildning, klinikens ekonomi och antalet förlossningar per år.

Något som togs upp i många fall i denna studie var att så många som tjugosju av trettioåtta av de tillfrågade avdelningarna hade kontinuerlig utbildning inom perinealskydd. Många nämnde praktiska utbildningar så som workshops och praktisk obstetrik som inlärningsätt, något som anses mycket effektivt för god inläring. I workshops och inom praktisk obstetrik används ofta patientfall och diskussion kring ämnet och hur barnmorskan skall hjälpa patienten på bästa sätt. På detta sätt utbyts erfarenheter och personalen tar del av varandras kunskaper. På ett flertal avdelningar nämns att om en kvinna har fått en stor bristning, dokumenteras detta och personalen går igenom vad som kunde ha gjorts annorlunda för att eventuellt kunna minimera bristningen. Vid dessa tillfällen eftersöks även vetenskapliga artiklar inom ämne. Detta ses som en styrka i och med att vården då blir evidensbaserad och baseras också på kliniska erfarenheter då barnmorskorna tar lärdom av varandra genom att utbyta erfarenheter.

Några av de som intervjuades tog upp vikten av att hålla perinealskydd vid sugklockor och vid yttre press, att barnmorskan alltid skall hålla perinealskydd medan läkaren lägger sugklockan och gör dragningar, samt att kommunikationen dem emellan är väldigt viktig. I en studie av Leeuw (2001) visas det på att det är lägre risk för bristning vid förlossning med sugklocka än vid yttre press.

Många kvinnor är oroliga för att brista i underlivet under förlossningen och det finns mycket som sjukvårdspersonalen, speciellt barnmorskorna, kan göra för att förhindra detta. Många i studien berättar att olika förlossningsställningar används för att förbygga bristningar. Forskning pekar på att förlossningsställningar så som halvliggande och om kvinnan ligger i gynläge ger störst risk för bristning (Dahlen et al., 2007).

Att stå på knä visade sig i en svensk studie minska risken för perinealbristning markant, i jämförelse med halvsittande. I denna studie framkom att sjuttio procent av kvinnorna som förlöstes knästående hade intakt perineum (Altman, Ragnar, Ekström, Tydén & Olsson, 2007)

efter förlossningen (Altman et al., 2007). I de vetenskapliga artiklar som granskats har det framkommit motsägelsefulla resultat angående vilka förlossningsställningar som anses mest gynnsamma för perineum. Rent objektivt bör det vara lättast att ha kontroll över perineum då kvinnan står på framåtlutad på knä.

Att informera och stötta kvinnan muntligt kan förhindra för tidigt krystning, detta kan i sin tur förhindra en uttröttad mor. Att modern är uttröttad ökar risken för att förlossningen avslutas instrumentellt vilket är en stor riskfaktor för uppkomsten av perinealbristning (Kettle, 2002). Det är av stor vikt att ha en god kommunikation med kvinnan. I ett lugnt och avslappnat skede bör barnmorskan informera kvinnan om vikten av att samarbeta och att lyssna. Hon bör även informeras om riskerna med forcerade krystningar i utdrivningsskedet. Under kvinnans graviditet kan barnmorskan informera henne om metoder som hon själv kan använda sig av för att minska risken för en perinealbristning vid förlossningen. Det är viktigt att kvinnan får god information om att det kan uppstå bristning under förlossningen, samt vad hon själv kan göra för att minimera risken, till exempel informera henne om gynnsamma förlossningsställningar.

I en studie av Dahlen et al. (2007) beskrev barnmorskorna att de trodde att de vanligaste orsakerna till stora perinealbristningar var; att kvinnorna hade kort perineum som lättare svullnade och var mindre töjbar, att barnmorskorna inte hade någon kontroll över kvinnans krystningar samt att de inte kunde kommunicera ordentligt med kvinnan. Något som även framkom i denna studie var att många beskrev att det viktigaste var att observera perineum och att kunna kommunicera med och kvinnan för att kunna hjälpa henne att krysta i rätt tid.

I många studier visas riskfaktorer som exempelvis kvinnor av asiatisk härkomst, stora barn (Jandér & Lyrenäs, 2001; Thies-Lagergren et al., 2011), epiduralbedövning (Dahlen et al., 2007; Ekéus, Nilsson & Gottvall, 2008) samt moderns ålder (Jandér & Lyrenäs, 2001; Gerdin et al 2007). Detta var inget som någon av de tillfrågade avdelningarna nämnde något om. Inte heller nämndes värförstärkande dropp, som är en stor riskfaktor då kvinnan får starkare värkar och mindre kontroll över dessa (Gerdin et al., 2007; Samuelsson et al., 2002). Dock nämndes att forcerad krystning, episiotomi och huksittande förlossningsställning var riskfaktorer. Dessa riskfaktorer har även framkommit vid Williams (2003) studie. Enligt Aikins Murphy och Feinland (1998) sänks frekvensen av episiotomi då barnmorskan håller ett bra perinealskydd. Riskfaktorer är något som anses borde finnas med i åtanke vid utformande av vårdprogram för prevention av perinealbristning. När kvinnor som stämmer in på dessa beskrivningar förlöses bör perinealskydd alltid hållas om kvinnan inte önskar annat.

Många av avdelningscheferna hävdade att de har kontinuerlig uppföljning av patientfall där stora bristningar uppstått. Vid dessa uppföljningstillfällen togs det upp vad som kunde ha gjorts annorlunda och vilka riskfaktorer som fanns för just den kvinnan. I sin artikel betonar Kettle (2002) vikten av att personalen får kontinuerlig träning inom ämnet i form av modeller, filmvisning, patientfall och träning på dockor. Meidan et al., (2008) belyser att barnmorskan kan hjälpa kvinnorna att förebygga bristningar genom att lära ut perinealmassage och vaginalbottenuttänjning. Dock skriver Stamp, Kruzins och Crowther (2001) att det inte finns någon klar fördel i att massera perineum under utrivningsskedet och att det inte finns någon signifikans för detta.

Det finns evidens att både läkare och barnmorskor har dåliga kunskaper inom perinealanatomin och har svårt att bedöma bristningarna som rätt grad (Sultan, Kamm & Hudson, 1995). För att kvinnan ska få rätt vård vid en perinealbristning är det viktigt att vårdpersonalen har god utbildning inom detta ämne. Vårdpersonalen ska även ha fått likvärdig utbildning så att vården kan ske på lika villkor landet över. Detta för att till exempel perinealbristningar graderas från I-IV, det är då upp till vårdpersonalen att gradera kvinnans bristning. Om detta sker på felaktigt sätt är risken överhängande att kvinnan inte får rätt vård vid till exempel suturering, uppföljning hos barnmorskan eller även vid nästkommande förlossning.

I en studie av Mead och Kornbrot (2004) har det visats att barnmorskor på högteknologiska avdelningar litar mer på apparaturen och anser att det är högre risk för komplikationer, så som perinealbristningar, och glömmer även bort sin kliniska blick. Barnmorskor som arbetar på mer traditionella förlossningsavdelningar där den senaste tekniken inte används, litar ofta på sin erfarenhet och på kvinnans egna kraft. Där används mer verbal vägledning istället för att lita på tekniken.

För att jämföra de förlossningsavdelningar som har högst respektive lägst antal perinealbristningar av grad III och IV har hjälp tagits av "Tabell 1". I denna presenteras studiens resultat samt bristningar av grad III och IV per sjukhus mellan åren 1973-2009 från Socialstyrelsen (2011). Lägst siffror har Örnköldsvik med sina 1,1% vilket motsvarar fem kvinnor med stora bristningar. Högst siffror har däremot Danderyds sjukhus med 4,9%, vilket motsvarar 215 kvinnor med stora bristningar. Vid Danderyds sjukhus används alltid perinealskydd vid normal förlossning, andra metoder än handgrepp och personalen får kontinuerlig utbildning. I Örnköldsvik används alltid perinealskydd vid normal förlossning och även andra metoder, dock får personalen inte kontinuerlig utbildning inom ämnet.

Båda förlossningsavdelningarna saknar vårdprogram för perinealskydd. Vad dessa siffror beror på är dock oklart, men det hade varit av intresse att undersöka bemanningen på avdelningen och därmed se hur bemanningen ser ut i relation till antal förlossningar, och därmed se hur arbetsbelastningen ser ut. På Danderyds sjukhus finns något som kallas perinealskolor, detta innebär att alla barnmorskor ska gå på perinealskola minst en gång per år så att de lär sig att skydda perineum i olika förlossningsställningar. Det används inga särskilda handgrepp, men vid sittande ställning hjälper barnmorskan till att föra fram huvudet och lyfta det lite mer uppåt samt vidga kvinnans blygdläppar. Vid varje sfinkterskada som uppstår förs protokoll och personalen får på så sätt feedback. I Örnsköldsvik använder barnmorskorna sig främst av värme som en metod utöver handgrepp, oftast då med plasthanskor fyllda med vatten.

Av vad som framkommit i denna studie verkar det inte vara några påtagliga faktorer som kan visa på varför frekvensen av stora perinealbristningar skiljer sig så mycket mellan Danderyds sjukhus och Örnsköldsvik. Barnmorskornas erfarenhet på de olika förlossningsavdelningarna kan diskuteras, om det kanske är fler yngre barnmorskor i Danderyd än vad det är i Örnsköldsvik. Det vore även av intresse att se om det är fler eller färre barnmorskor från olika kulturer som arbetar på respektive avdelning och därmed kanske också arbetar på ett annat sätt än de barnmorskor som utbildats i Sverige.

7.3 Slutsatser

Färre än hälften av deltagande förlossningsavdelningar har något vårdprogram utarbetat för perinealskydd. En rad riskfaktorer har tagits upp i studien och det är även av vikt att den förlösande barnmorskan är uppmärksam på dessa. Barnmorskan kan därmed utforma det perinealskydd som passar kvinnan och situationen bäst samt att kunna erbjuda andra metoder än handgrepp vid behov. Vid åtta procent av förlossningsavdelningarna i Sverige är det inte vedertaget att alltid använda perinealskydd vid normal förlossning.

7.4 Klinisk implikation

Nationella riktlinjer angående perinealskydd skulle vara av värde för att kunna erbjuda kvinnan vård på samma villkor landet över. Detta skulle även säkerställa kvaliteten på förlossningsvården. Dessa vårdprogram bör baseras på evidens, klinisk erfarenhet och patienters upplevelser.

7.5 Förslag till vidare studier

Vilken effekt de olika handgreppen har på den födande kvinnan bör vidare studeras var för sig, alltså ett handgrepp åt gången. Vidare forskning bör även göras på hur de olika handgreppen och andra metoder än handgrepp, till exempel varma handdukar, interagerar med varandra. Det finns en rad nämnda riskfaktorer för att perinealbristningar skall uppstå, det vore av intresse att undersöka dessa närmre, hur de eventuellt interagerar med varandra och om det är speciella handgrepp som passar bättre vid vissa riskfaktorer men sämre vid andra. Kvalitativa intervjuer med den födande kvinnan kan bidra till ökad kunskap om vad som är av stor vikt under förlossningen och även varför. Det skulle även vara av intresse att studera barnmorskor från olika kulturer och se vilka handgrepp som används, samt vilka andra metoder än handgrepp som används. Det vill säga, att göra en liknande studie i ett annat land och därefter jämföra med denna studie. Att undersöka förekomsten av perinealbristningar vid hemförlossningar och vid insitutionell förlossning är av intresse.

8. Referenslista

- Access Medicine. (2011). *Images, video & audio search results*. Hämtad 10 oktober, 2011, från Access Medicine, <http://accessmedicine.net/search/searchAMResultImg.aspx?searchStr=delivery+by+ritgen+maneuver&rootTerm=delivery+by+ritgen+maneuver&searchtype=1&rootID=44752&gobacklink=1>
- Aikins Murphy P. & Feinland, J.B. (1998). Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth*, 25(4), 226-34. doi: 10.1046/j.1523-536X.1998.00226.x
- Altman, D., Ragnar, I., Ekström, Å., Tydén, T. & Olsson, S.E. (2007). Anal sphincter lacerations and upright delivery postures – a risk analysis from a randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, 18, 141-146. doi: 10.1007/s00192-006-0123-9
- Araújo, N.M. & Vasconcello de Oliveira, S.M.J. (2008). The use of petrolium jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. *Revista latino-americano de enfermagem*, 16(3), 375-381. Hämtad från databasen PUBMED.
- Dahlen, H., Ryan, M., Holmer, C. & Cooke, M. (2007). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23(2), 196-203. doi: 10.1016/j.midw.2006.04.004
- Ekéus, C., Nilsson, E. & Gottvall, K. (2008). Increasing incidence of anal sphincter tears among primiparas in Sweden. A population- based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87, 564-573. doi: 10.1080/00016340802030629
- Gerdin, E., Sverrisdottir, G., Badi, A., Carlsson, B. & Graf, W. (2007). The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric and gynaecology*, 47, 286-290. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00739.x
- Gottard, R. (2001). Electronic fetal monitoring . Is not necessary for low risk labours. *British medical journal*, 16;322(7300), 1436-1437. doi: 10.1136/bmj.322.7300.1436
- Gottvall, K., Allebeck, P & Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(10), 1266-1272. doi: 10.1111/j.1471 0528.2007.01482

- Jandér, C. & Lyrenäs, S. (2001). Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 229-234. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.080003229.x
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Kettle, C. (2002). Perineal care. *Clinical evidence*, 6(11), 1284-1295. Hämtad från databasen PUBMED.
- Leeuw, J.W., Struijk P.C., Vierhout, M.E. & Wallenburg, H.C. (2001). Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(4), 383-387. doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00090.x
- Lydon-Rochelle, M.T., Albers, L. & Teaf, D. (1995). Perineal outcomes and nurse-midwifery management. *Journal of Nurse-midwifery*, 40(1), 13-18. Hämtad från databasen PUBMED.
- McCandlish, R. (2001). Perineal trauma: prevention and treatment. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 46(6), 396-401. Hämtad från databasen PUBMED.
- McCandlish, R., Bower, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., ... Elbourne, D. (1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 105(12), 1262- 1272. Hämtad från databasen PUBMED.
- Mead, M. & Kornbrot, D. (2004). The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 61-71. doi: 10.1016/S0266-6138(03)00054-8
- Mei-dan, E., Walfisch, A., Raz., Levy, A. & Hallak, M. (2008). Perineal massage during pregnancy: A prospective controlled trial. *IMAJ*, 10(7), 499-502. Hämtad från databasen PUBMED.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Pirhonen, J.P., Grenman, S.E., Haadem, K., Gudmundsson, S., Lindqvist, P., Siihola, S., ... Marsal, K. (1998). Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland

- result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77, 974-977. doi: 10.1034/j.1600-0412.1998.771005.x
- Renfrew M, Hannah M, Albers L, Floyd E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth*, 25(3), 143 – 60. doi: 10.1111/j.1523-536X.1998.t01-2.x
- Rogers, R.G., Borders, N., Leeman, L.M. & Albers, L.L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Midwifery Womens Health*, 54(2), 98–103. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.09.001
- Sampselle, C.M. & Hines, S. (1999). Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. *Journal of Nurse-midwifery*, 44(1), 36-39. Hämtad från databasen PUBMED.
- Samuelsson, E., Ladfors, L., Gåreberg Lindblom, B.G. & Hagberg, H. (2002) A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrence and risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(1), 44-49. doi: 10.1046/j.0001-6349.2001.10182.x
- Shorten, A., Dosante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00151.x
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stamp, G., Kruzins, G. & Crowther, C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 26(322),1277 – 1280. doi: 10.1136/bmj.322.7297.1277
- Sultan, A.H., Kamm., M.A. & Hudson, C.N. (1995). Obstetric perineal trauma: an audit of training. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 15(1),19-23. Från <http://search.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=9503225205&site=ehost-live>

- Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], (2001). *Anal inkontinens hos kvinnor: Utredning och behandling*. (SFOG-rapport, 46). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L.J., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2011). No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 11(22), 1-9. doi: 10.1186/1471-2393-11-22
- Webster, J., Lloyd, W., Pritchard, M., Burrige, C., Plucknett, L. & Byrne A. (1999). Development of evidence-based guidelines in midwifery and gynaecology nursing. *Midwifery* 15(1), 2-5. doi: 10.1016/S0266-6138(99)90031-1
- Williams, A. (2003). Third degree perineal tear: risk factors and outcome after primary repair. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(6), 611-614. doi: 10.1080/01443610310001604358
- Williams, A., Lavender, T., Richmond, D.H. & Tincello, D.G. (2005). Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: A qualitative study. *Birth*, 32(2), 129-136. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Care in normal childbirth: a practical guide. Safe motherhood, family and reproductive health*. Geneva, Schweiz: World Health Organization.

Bilaga 1. Frågeformulär

Namn:

Förlossningavdelning:

Position:

Datum:

1. Har ni på er förlossningsavdelning något vårdprogram för perinealskydd vid normal förlossning?

Ja

Nej

Under utarbetande

2. Använder barnmorskorna alltid någon form av perinealskydd vid normal förlossning?

Ja

Nej

Vet ej

Individuellt

3. Använder barnmorskorna särskilda handgrepp vid perinealskydd?

Ja

Nej

Om ja, beskriv?

4. Använder barnmorskorna andra metoder än handgrepp för att undvika bristningar?

Ja

Nej

Vet ej

Om ja, beskriv?

5. Ingår ni i någon forskningsstudie angående perinealskydd just nu?

Ja

Nej

Vet ej

6. Får personalen kontinuerlig utbildning inom detta ämne?

Ja

Nej

Vet ej