



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 17

Hur utför barnmorskor och läkare episiotomi?

En enkätbaserad pilotstudie.

How do midwives and doctors perform episiotomy?

A survey based pilot study.

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp.
(Avancerad nivå), 2018.

Författare

Yesica Quispe Arbieto

Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Författare

Catarina Simunovich Barraza

Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare

Cecilia Ekéus

Docent
Leg. barnmorska

Examinator

Michael Wells

PhD Postdoc
Folkhälsovetare



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: VK 17

Hur utför barnmorskor och läkare episiotomi?

En enkätbaserad pilotstudie

SAMMANFATTNING

BAKGRUND: Episiotomi är en obstetrisk intervention som utförs i perineum vid utdrivningsskedet under förlossning. Episiotomi utförs av barnmorskor och läkare. De tre vanligaste episiotomityperna är medial, mediolateral samt lateral. Episiotomi utförs restriktivt och selektivt i Sverige. Tidigare forskning visade att episiotomi som utförs felaktigt kan skada den födande.

SYFTE: Att undersöka hur barnmorskor och läkare utför episiotomi.

METOD: En kvantitativ deskriptiv pilotstudie baserad på enkäter besvarades av 122 barnmorskor och läkare från fyra förlossningskliniker i Stockholms läns landsting. Data analyserades deskriptivt med Microsoft Excel och kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT: Vi fann att förlossningspersonalens inställning, kunskaper och erfarenheter av episiotomi hade stora variationer. Resultatet visade att majoriteten av deltagarna uppgav att de utförde en typ av episiotomi, men ritade en annan typ. Indikationer till episiotomi var bland annat hotande fosterasfyxi, stram perineum, skulderdystoci eller omskuret underliv.

Deltagarnas inställning var i majoritet negativt till episiotomi, dock något mer positivt inställda till episiotomi vid instrumentell förlossning, exempelvis sugklocka. Deltagarna uttryckte att episiotomi endast bör utföras restriktivt och i nödfall

SLUTSATS: Det behövs mer undervisning i hur man utför episiotomi, både teoretiskt och praktiskt, under barnmorskeutbildning. Förlossningskliniker bör införa PM för hur episiotomi ska utföras.

NYCKELORD: Episiotomi, utförande, barnmorskor, läkare, enkät.



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 17

How do midwives and doctors perform episiotomy?

A survey based pilot study

ABSTRACT

BACKGROUND: Episiotomy is an obstetric intervention which is performed in the perineum during the second stage of labor. Episiotomy is performed by midwives and doctors. The three most common episiotomy types are medial, mediolateral and lateral. Episiotomy is restrictively and selectively performed in Sweden. Prior studies showed that episiotomy that is performed wrongly can cause damage on the person giving birth.

AIM: Is to study how midwives and doctors perform an episiotomy.

METHOD: A quantitative descriptive pilot study based on surveys answered by 122 midwives and doctors from four labor wards in Stockholm county council. Data was analyzed with Microsoft Excel and qualitative content analysis.

RESULTS: We found out that the midwives' and doctors' attitude, knowledge and experiences of episiotomy varied greatly. The result showed that a majority of the participants stated that they performed a certain type of episiotomy, however they drew another type. Indications to perform episiotomy could be threatening fetal asphyxia, a tight perineum, shoulder dystocia or circumcised genital. The participants' attitude was in general negative to episiotomy, although somewhat more positive to episiotomy during an instrumental delivery such as vacuum extraction. The participants expressed that episiotomy should be performed restrictively and in emergency situations only.

CONCLUSION: More teaching is needed in how to perform episiotomy, both theoretical and practical during the education to midwifery. Labor wards should establish a PM of how an episiotomy should be performed.

KEYWORDS: Episiotomy, performance, midwives, doctors, survey

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	6
KVINNANS ANATOMI.....	6
EPISIOTOMI.....	8
FÖREKOMST AV EPISIOTOMI I SVERIGE.....	10
RIKTLINJER I SVERIGE OCH ÖVRIGA VÄRLDEN.....	11
PROBLEMFORMULERING	12
SYFTE.....	13
FRÅGESTÄLLNINGAR	13
METOD	13
STUDIEDESIGN.....	13
URVAL.....	13
DATAINSAMLING	13
DATAANALYS	14
ETISKT ÖVERVÄGANDE.....	16
RESULTAT	17
HUR DELTAGARNA UTFÖR EPISIOTOMI.....	18
INDIKATIONER TILL EPISIOTOMI	23
INSTÄLLNING TILL EPISIOTOMI.....	24
DISKUSSION.....	26
RESULTATDISKUSSION	26
METODDISKUSSION	29
SLUTSATS OCH VIDARE FORSKNING.....	33
REFERENSER.....	34
BILAGA 1.....	38

INLEDNING

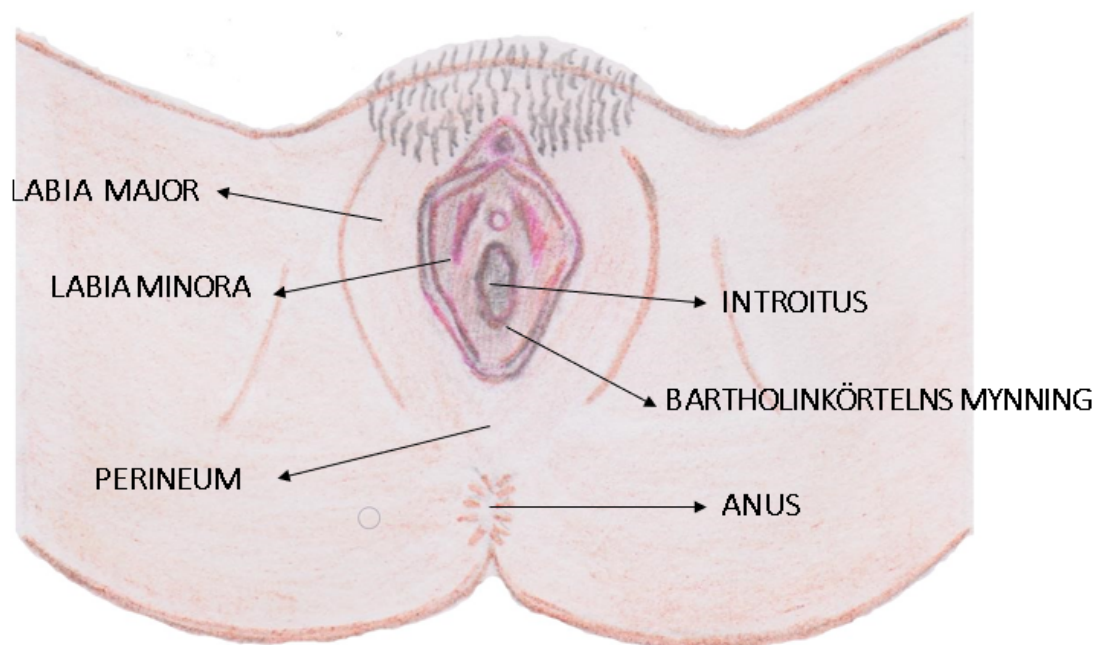
Episiotomi är den vanligaste interventionen inom förlossningsvården i världen (Fodstad, Staff & Laine, 2016; Carroli & Mignini, 2009; Shmueli, Gabbay Benziv, Hiersch, Ashwal, Aviram, Yogev, & Aviram, 2017). Den första beskrivningen av episiotomi i litteratur är från 1700-talet. Då utfördes episiotomi endast vid komplikation under förlossning. Under 1900-talet började obstetriker utan vetenskaplig bakgrund, utföra episiotomi i förebyggande syfte. Episiotomiutförandet ökade i takt med att allt fler förlossningar skedde på sjukhus ((Dahlen, Homer, Leap, & Tracy, 2011; Carroli & Mignini, 2009). 1990-talet förändrades Sveriges syn på episiotomi, efter barnmorskan Gunny Röckners studie om att episiotomi orsakar mer smärta än spontana bristningar (Röckner & Fianu-Jonason, 1999). I världen skiljer sig dock åsikterna åt kring episiotomi Räsänen, Selander, Cartwright, Gissler, Kramer, Laine, Heinonen (2014). En del studier hävdar att episiotomi har en skyddande effekt mot sfinkterruptur (obstetrical anal sphincter injury= OASI) vid instrumentell förlossning, som exempelvis sugklocka (VE) (Lund, Persson, Jangö, Gommesen & Westergaarde, 2016; Räsänen et al., 2014; Gurol-Urganci, Cromwell, Edozien, Mahmood, Adams, Richmond, Templeton & van der Meulen, 2013; de Leeuw, de Wit, Kuijken & Bruinse, 2008). Andra studier menar att episiotomi utgör en stor risk till OASI, beroende på hur episiotomin utförs (Shmueli et al., 2017; Carroli & Mignini, 2009). I många delar av världen utförs episiotomi rutinmässigt på förstföderskor (Shmueli et al., 2017) och studier har visat att förlossningspersonal utför episiotomi felaktigt i tron att de utför korrekt (Fodstad et al., 2016).

BAKGRUND

KVINNANS ANATOMI

YTTRE KÖNSORGAN

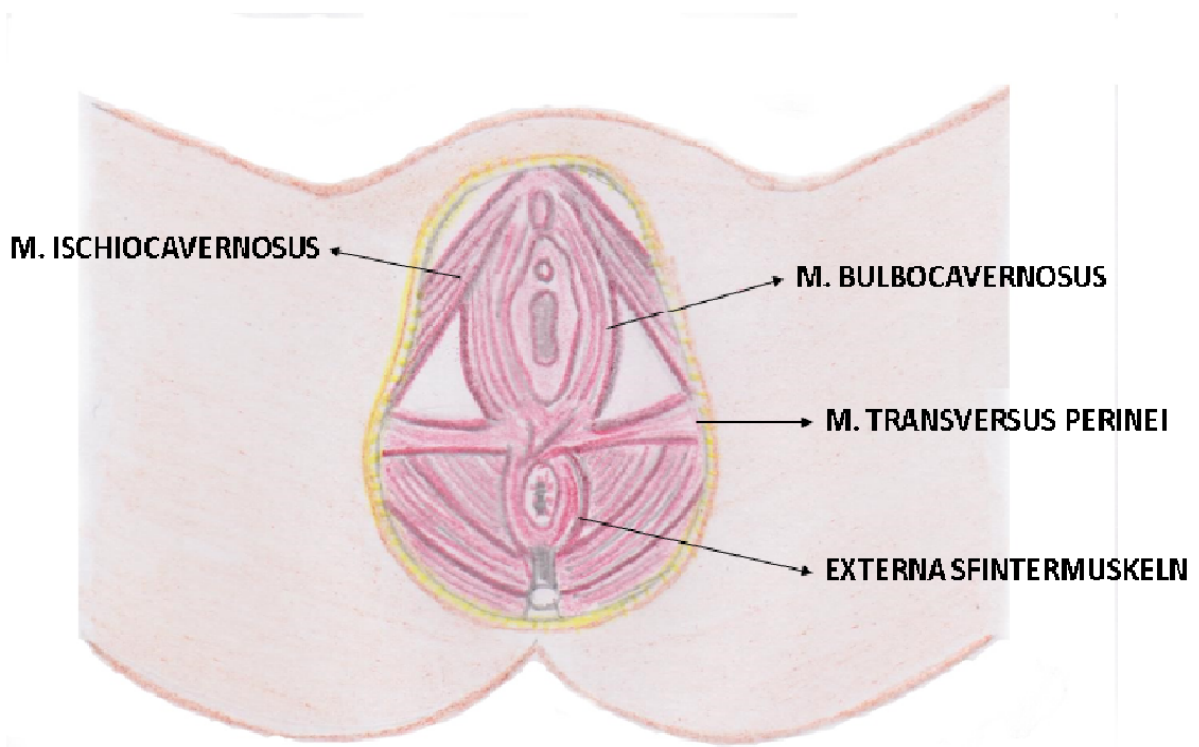
Det yttre könsorganet består av de yttre blygdläpparna (labia majora) som består av fylliga hudveck och dessa är täckta med könshår. Innanför de yttre blygdläpparna finns de inre blygdläpparna (labia minora) som är hårlösa (Landgren, 2016). På var sin sida av introitus finns två körtlar som är 0,5–1 cm stora och heter Bartholins körtlar. Dessa körtlar tillsammans med flera andra små körtlar i introitus har som uppgift att fukta vaginan vid sexuell upphetsning och stimulering. Området mellan vagina och anus kallas perineum, det är i det området som oftast blir drabbad av bristningar i samband med förlossning (Sundström Poromaa, 2010). Normal födsel kan orsaka bristningar mot vagina och omgivande vävnad, speciellt barnets huvud är framfödd, och ibland kan bristningarna sträcka sig till ändtarmen. Dessa repareras kirurgiskt, men ta tid att läka. För att undvika dessa allvarliga bristningar rekommenderar läkare att man utför episiotomi (Jiang, Qian, Carroli & Garner, 2017).



Figur 1: Den kvinnliga anatomin (Quispe Arbieta, 2018).

BÄCKENBOTTENS MUSKULATUR

Bäckenbottens muskulatur består bland annat av m. bulbocavernosus, m. ischiocavernosus, m. transversus perinei och den externa sfinktermuskeln, som utgör bukhålans botten (Landgren, 2016). Musklerna bildar som en skålformad hängmatta. Musklerna fäster i blygdbenet, svansbenet, korsbenet och sittbensknölar (Sundström Poromaa, 2010). Bäckenbottens syfte är att stödja de inre organen samt att hålla urin, gaser och avföring (Olsson, 2016). Vid en episiotomi är m. bulbocavernosus, m. transversus perinei och den externa sfinktermuskeln involverade, beroende på hur klippet läggs. Läggs klippet lateralt så skadas m. bulbocavernosus och det finns risk att öven sfinkterkomplexet skadas. Läggs klippet mediolateralt skadas m. transversus perinei, och risken finns även här att sfinkterkomplexet skadas (Bäckenbottenutbildning, 2017; Martin, 1921).



Figur 2: Bäckenbottenmuskulaturen (Quispe Arbieto, 2018).

EPISIOTOMI

Episiotomi (EP), även kallad perineotomi eller perineal klipp, är en obstetrisk intervention som utförs av barnmorskor och förlossningsläkare under förlossningen. EP innebär att man utför ett klipp i perineum under utdrivningsskedet, med en steril sax eller skalpell (Carroli & Mignini, 2009). Detta utförs för att förstora förlossningskanalen (Verghese, Champaneria, Kapoor, Latthe, 2016) för att kunna påskynda födelsen samt för att styra lokaliseringen och riktningen av perinealbristningen (Lund et al., 2016; Shmueli et al., 2017).

Indikationer: som kan leda till att barnmorskor och läkare utför EP är hotande fosterasfyxi, vid skulderdystoci, instrumentell förlossning (exempelvis sugklocka), sätesförlossning, om barnet är stort eller för omskurna kvinnor. I praktiken brukar man även utföra EP när vävnaden i perineum inte har mjuknat upp och är för stram under utdrivningsskede, för att avlasta trycket på barnets huvud. Om det uppstår långvarigt tryck mot barnets huvud, främst hos prematura barn, kan barnet riskera få intrakraniella blödningar (Jiang, Qian, Carroli & Garner, 2017; Shmueli et al., 2017; Lund et al., 2016; Edqvist, 2016; Socialstyrelsen, 2015; Hogg, 2009).

Förberedelser inför EP: När man behöver utföra ett klipp bör man informera den födande att EP kommer att utföras och varför interventionen behöver utföras samt att hon ska ge sitt samtycke. Bedövning ska ges, antingen i form av infiltration eller en pudendusblockad (PDB) innan en EP utförs. Klippet utförs när barnets huvud står i vulvan och utförs under en värk för att vävnaderna är uttänjda och mindre blodfyllda (Jiang et al., 2017; Edqvist, 2016).

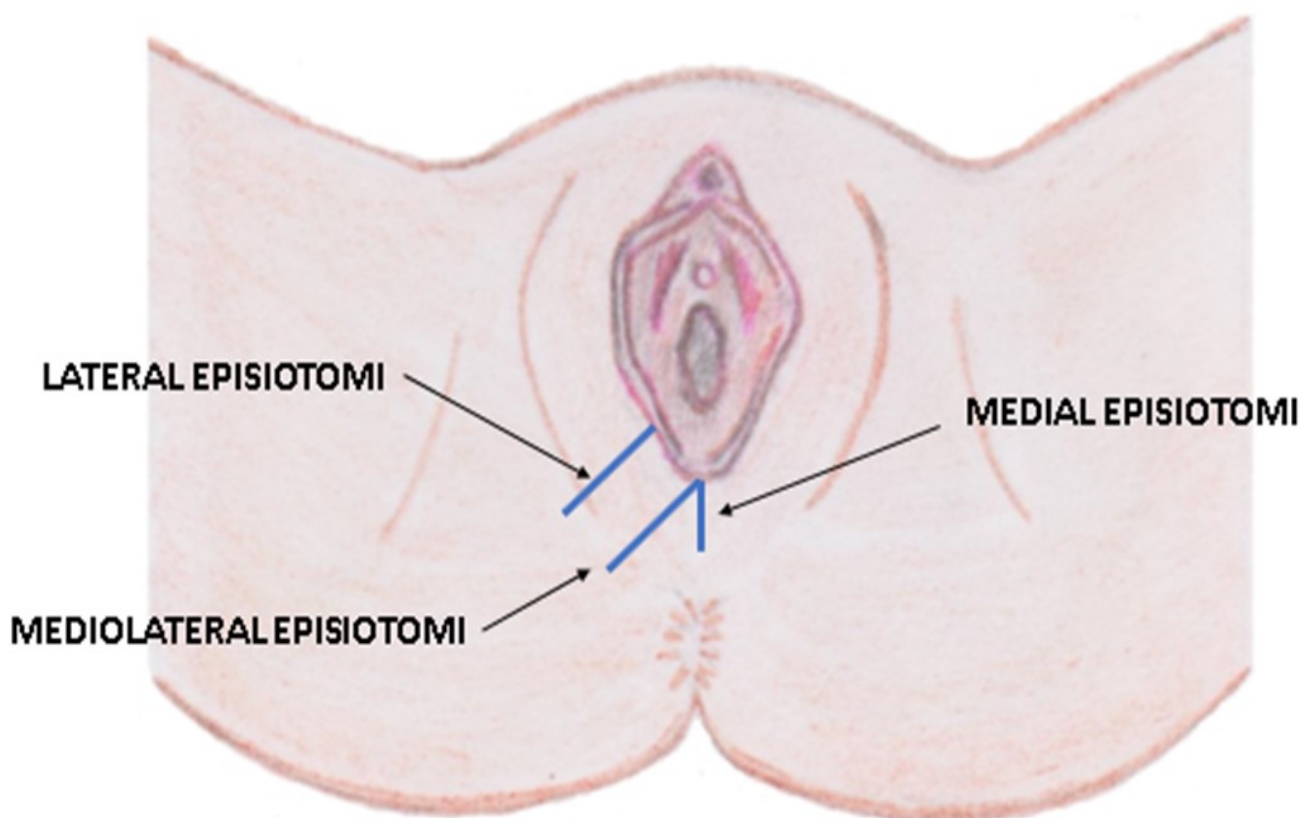
Efter en EP. EP är en förvällad grad II bristning och ska sutureras postpartum. Det är viktigt att de avklippta musklerna adapteras korrekt och anatomin återställs för att minimera risker, som asymmetrisk perineum och besvärlig ärrvävnad (Verghese et al., 2016; Edqvist 2016; Webb, Sherburn & Ismail, 2014; Hogg, 2009).

Olika typer av EP. EP kan utföra på många olika sätt men de tre vanligaste som används är medial, mediolateral och lateral EP (Jiang et al., 2017; Edqvist 2016; Twidale, Cornell, Litzow, & Hotchin 2012; Kalis, Laine, de Leeuw, Ismail & Tincello, 2012).

Medial EP (ME): Klippet utgår från introitus mittlinje och cirka halva perineum klipps i riktning mot anus. Fördel med ME är att den är lättare att suturera. Stor risk för att klippet övergår till en OASI och är numer ovanligare att utföra på grund av det (Jiang et al., 2017; Edqvist 2016; Socialstyrelsen, 2015; Twidale et al., 2012).

Mediolateral EP (MDE): Startar från introitus mittlinje och klippet läggs snett mot spinae. Vinkeln ska vara mellan 45–60 grader och längd mellan 4–5 cm. Om vinkeln är för liten tenderar den att bli en ME och risken blir då att OASI uppstår. Alternativt, om vinkeln är över 60 grader kan det också leda till en OASI (Edqvist 2016; Socialstyrelsen, 2015). MDE är den rekommenderade typen för att flera studier visar den har minst risk att klippet övergår till en OASI (Shmueli et al., 2017; Verghese et al., 2016; Twidale et al., 2012; Samarasekera, Bekhit, Preston & Speakman, 2009).

Lateral EP (LE): Klippet läggs ca 1–2 cm vid sidan av introitus mittlinje och riktas snett mot spinae (Edqvist 2016; Kalis, et al., 2012). Det finns en risk att klippet läggs genom Bartholins körtel och förstör körtelingången (Hogg, 2009).

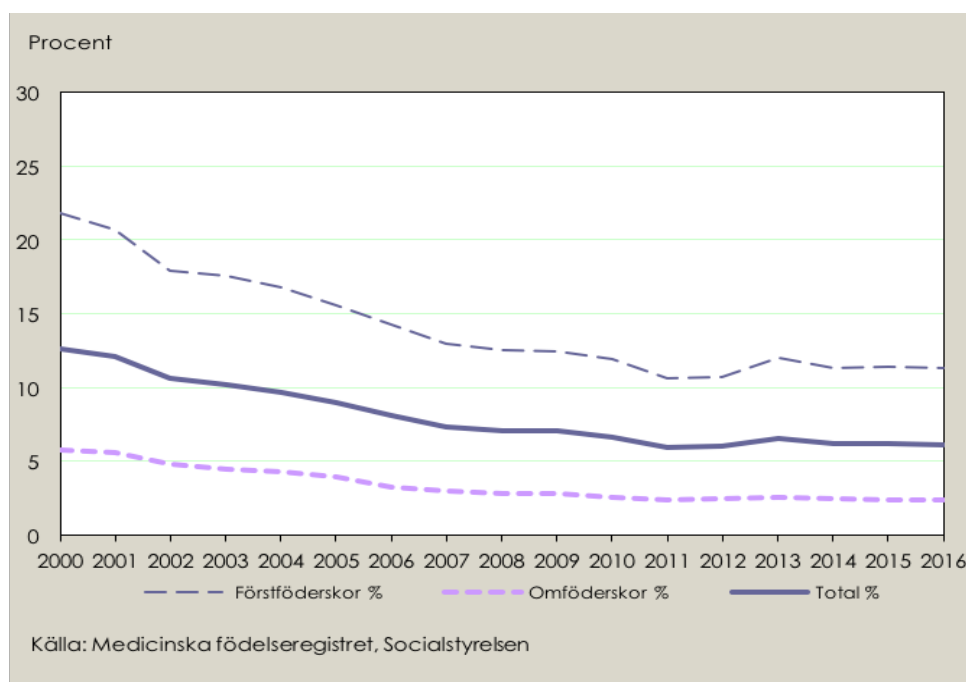


Figur 3: Olika typer av EP (Quispe Arbieto, 2018).

Komplikationer. EP utförs oftast i akuta situationer och det finns en stor risk de utförs felaktigt på grund av stress och orsakar onödig skada hos den födande. Komplikationer efter EP kan vara besvärande ärrbildning eller felaktigt suturering av perineum. Vid nästkommande förlossning kan ärrvävnaden vara oeftergivlig och kan leda till ett nytt klipp. EP orsakar mer smärta och läker sämre än spontana bristningar (Blondel et al., 2016; Hogg, 2009). EP utgör en större risk för OASI. Risken för analfinkterskada påverkas av vinkeln på EP, dess längd och djup. Även risk för postpartumblödning (PCH), hematom, ödem i perineum eller infektion i såret (Shmueli, et al., 2017; Carroli & Mignini, 2009). Ett klipp kan störa moderns första kontakt med barnet och amningen på grund av smärtproblematik, urininkontinens samt påverka sexuallivet långt efter förlossningen (Jiang et al., 2017; Carroli & Mignini, 2009; Heiberg Endresen & Biørnstad, 1994).

FÖREKOMST AV EPISIOTOMI I SVERIGE

På 1970- och 1980-talet saknas uppgifter om EP eftersom Medicinska födelseregistret (MFR) började registrera EP först 1999. Under de senaste sexton åren har utförandet av EP minskat i Sverige. EP vid vaginal förlossning var 12,6% år 2000 och 6,1% år 2016. År 2000 utföres EP på 21,8% av förstföderskor och 5,8% av omföderskor vid vaginal födsel, medan år 2016 var statistiken 11,3% av förstföderskor och 2,4% av omföderskor (Socialstyrelsen, 2015).



Figur 4: Statistik över EP i Sverige 2000–2016 (MFR).

RIKTLINJER I SVERIGE OCH ÖVRIGA VÄRLDEN

Enligt WHO bör EP användas restriktivt och selektivt i spontana vaginala förlossningar (Liljestrand, 2003). En selektiv användning av EP innebär att barnmorskor och läkare använder sin kliniska bedömning för att fastställa behovet av episiotomi, där fördelarna övervägs mot skadorna av EP (Jiang et al., 2017). Sverige följer WHO:s rekommendation (Socialstyrelsen, 2001). Många läkare och barnmorskor har inställningen att EP skyddar förstföderskor mot OASI både under spontana vaginala förlossningar och vid instrumentella förlossningar (Shmueli et al., 2017). Men Shmueli et al. (2017) studie visade att det var tvärtom, förstföderskor hade större risk att få en OASI vid EP och därför borde man implementera WHO:s rekommendation om EP överallt i världen. Vid instrumentella förlossningar verkar vissa länder, som annars hade restriktiva EP riktlinjer, dock ändå välja att rutinmässigt utöva EP (Lund et al., 2016; Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, Gissler, och Heinonen, 2009).

Gunny Röckners avhandling om EP kom 1989. I Sverige utförde man på den tiden EP rutinmässigt på förstföderskor. Röckners avhandlingen visade att det inte fanns bevis på att EP var fördelaktigt vid alla förlossningar. Detta ledde till diskussioner på svenska förlossningskliniker som ökade sin medvetenhet och det resulterade i förändrade attityder gentemot användningen av EP och en mer objektiv övervägning av användande. År 1999 gjorde Röckner tillsammans med Fianu-Jonason en uppföljande studie. Denna studie beskrev att EP på förstföderskor minskade effektivt, från 26% år 1989 till 6,6% mellan åren 1992–1994 och att siffrorna för stora bristningar var fortsatt låga (Röckner och Fianu-Jonason, 1999).

En översiktsstudie om EP som gjordes av Graham, Carroli, Davies och Medves (2005), visade att utförandet av EP har minskat i världen, vilket följer WHO:s rekommendation. Författarna redovisade att EP användes mer restriktivt i engelsktalande länder och i vissa europeiska länder. I Central- och Sydamerika, Afrika och Asien var förekomsten av EP mycket hög, till exempel så utfördes EP på nio av tio sydamerikanska förstföderskor.

En studie gjord av Gonzalez-Diaz, Fernández Fernández och Fernández Corona (2014) visade att barnmorskor och förlossningsläkare inte var eniga om var EP skulle läggas. Enligt författarna visste barnmorskorna och läkarna att studier har visat att MLE den klipp som skyddade bäst mot OASI. Men när de utförde en EP i praktiken så uppfyllde de inte EP kriterierna av MLE. De som oftare uppfyllde kriterierna till en MLE var de som hade mest

erfarenhet inom förlossningsvården, oavsett om de var barnmorskor eller läkare. Thomas och Cameron (2007) kom även dem till samma slutsats i sin studie, att bland mindre erfarna barnmorskor fanns en minskad klinisk erfarenhet och självförtroende av att utföra EP.

En nordisk studie gjord av Fodstad et al. (2016) lät läkare under en nordisk läkarkonferens besvara en enkät om hur och när de utförde EP. De fick bland annat markera på en fotografi vart de utför EP samt fylla i vilken EP de trodde att de hade utfört. Deras studie visade att läkarnas utför EP olika. Enligt studien ritade majoriteten av läkarna en LE på fotografiet, som de sedan felaktigt klassificerade som MLE. De svenska och danska läkarna var mer restriktiva jämfört med finska och norska läkare på att utföra EP. De svenska läkare föredrog att utföra MLE. Inställningen till EP vid VE förefaller variera inom de nordiska länderna. 51% av finska läkare och 45% av norska läkare uppgav i enkäten att de utförde EP vid VE, och att samma länder hade en låg förekomst av OASI. Endast 10% av danska läkare och 17% av svenska läkare uppgav i enkäten att de utförde EP vid VE, och de länder hade högre andel OASI. Studien belyste att det saknas generella indikationer till att utföra EP i världen, att det saknas direktiv i hur EP ska utföras samt att det inte dokumenteras vilken EP som har utförts. Det var samma slutsatser som Gonzalez-Diaz et al. (2014) drog i sin studie.

PROBLEMFORMULERING

Sverige följer WHO:s rekommendation att använda EP restriktiv och selektiv. Forskning visar att det finns både fördelar och nackdelar med att utföra EP. Några exempel på fördelar är att EP kan påskynda barnets framfödelse vid exempelvis hotande fosterasfyxi samt kan ha en skyddande effekt mot OASI vid VE. Några exempel på nackdelar är att EP är associerat med mer smärta efter förlossning än spontana bristningar samt att en felaktigt utförd EP kan öka risken för OASI eller skada den födande i onödan. Tidigare studier har indikerat att det saknas tydliga direktiv om hur EP ska utföras. Vår förhoppning med denna pilotstudie är att få ökad kännedom om hur barnmorskor och läkare på förlossningsklinikerna i Stockholms läns landsting utför EP samt hur deras inställning till interventionen är.

SYFTE

Syftet med denna uppsats var att undersöka hur barnmorskor och läkare utför episiotomi.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur utför barnmorskor och läkare episiotomi?
- Vid vilka indikationer utförs episiotomi?
- Hur är inställningen till episiotomi bland barnmorskor och läkare?

METOD

STUDIEDESIGN

En kvantitativ deskriptiv pilotstudie baserad på enkäter.

URVAL

Deltagarna till denna studie valdes genom ett tillgänglighetsurval. När populationen är för stor är det mer effektivt att välja ut ett urval som sedan får representera hela populationen, tidsramen gör så att man får nöja sig med den urval som finns tillgänglig, menar Berntson, Bernhard-Oettel, Hellgren, Näswall & Sverke (2016). Urvalet bestod av samtliga barnmorskor och läkare som är verksamma på alla förlossningskliniker i Stockholms läns landsting, för att få så många deltagare som möjligt. Det innefattar sammanlagt sex stycken förlossningskliniker. Det är barnmorskor och läkare under förlossningen som utför EP och därför tillfrågades dessa yrkeskategorier. Totalt fyra av sex förlossningskliniker svarade inom studiens tidsram. Varje chefsbarnmorska på respektive klinik räknade ut hur många enkäter de behövdes beroende på hur många barnmorskor och läkare som var anställda. Sammanlagt lämnade vi ut 350 enkäter till chefsbarnmorskor på förlossningsavdelningarna.

DATAINSAMLING

Data insamlades med hjälp av en egenkonstruerad enkät (Bilaga 1). En enkätstudie som är välstrukturerad kan svara och ställa samman information från en grupp på en begränsad tid (Billhult, 2017). Enkäten var av pappersform och innehöll fjorton frågor och påståenden som

var relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Enkäten skapades i samråd med vår handledare Cecilia Ekéus. Enkäten tog oss cirka 1,5 vecka att framställa. I en av frågorna fick deltagarna rita på en bild var de utför EP. Fem frågor hade färdiga svarsalternativ där deltagaren fick välja ett svar som stämmer mest överens. Fyra frågor var öppna frågor där deltagaren fick fylla i svaret själv. Två av de frågorna kunde deltagaren välja flera svarsalternativ. Alla frågor med färdiga svarsalternativ hade alternativet att fylla i ett svar om inget alternativ stämmer överens med vad deltagaren tycker. De sista tre frågorna var påståenden med en tillhörande skala. Deltagarna skulle ange hur mycket eller lite påståendet stämde överens med deras inställning genom att kryssa på skalan. Enkäten tog cirka 3–5 minuter att besvara. För att utvärdera enkäten testades den först på kurskamrater och lärare under ett projektplansseminarium 18-01-13. Där utvärderade vi även om frågorna var relevanta för syftet och om frågorna var tydliga för att minimera risken för eventuell missuppfattning. Vi tog sedan hjälp av Ingela Wiklund, docent och VD för BB-Stockholm, för att utvärdera enkäten. Därefter reviderades vissa frågor.

Efter att enkäten var färdig tog vi kontakt med förlossningsklinikernas chefsbarnmorskor via telefon och mail för att informera om studien och för att bestämma tid för utdelning av enkäter. Enkäten delades ut på förlossningsklinikerna vid ett besök där vi även presenterade vår pilotstudie till klinikens barnmorskor och läkare som arbetade vid det besöksstillfälle. Enkäterna ställdes antingen in i personalrummet där det fanns en låda för tomma enkäter och en låda för ifyllda, eller så lades enkäterna i barnmorskornas personliga fack samt resterande i personalrummen som var menade till läkarna. Chefsbarnmorskorna hjälpte oss att informera barnmorskorna som inte var närvarande vid vårt besök genom sina veckobrev samt att påminna barnmorskor och läkare om att fylla i enkäten. De tog även ansvaret att informera förlossningsläkarna om vår studie samt att dela ut enkäter till dem. Efter fem dagar skickade vi ut ett påminnelsemail till samtliga chefsbarnmorskor. Efter tio dagar hämtades de ifyllda enkäterna på klinikerna.

DATAANALYS

Vi använde oss av en deskriptiv statistik analys för att redovisa deltagarnas enkätsvar. Enligt Kristensson (2014) kan man i en mindre studie på denna nivå använda sig av deskriptiv statistik. Varje enkät fick ett löpnummer för att kunna identifieras och för att minska risken att de dubbeldokumenteras eller blandas ihop. Enkätsvaren fördes över manuellt i Microsoft Excel och kontrollerades av oss båda så att de blev korrekt införda. Kolumner skapades efter

vad som framkom i svaren. De enkätfrågorna med färdiga svarsalternativ redovisas deskriptivt med diagram, tabeller och i löpande text. Resultatet presenterades i antal deltagare (n) och antal procent (%).

Den öppna enkätfrågan behandlades med hjälp av en summativ innehållsanalys. Med summativ innehållsanalys kan man beskriva innehållet i text och presentera resultatet i siffror (Danielson, 2017). Alla svar lästes igenom upprepade gånger för att förstå helheten och för att få en överblick av svaren. Meningar som svarade på frågan plockades ut och kortades ner, sedan grupperades de meningsbärande enheterna till kategorier utifrån likheter i innehållet. Kategorierna redovisades i ett diagram och i löpande text. Exempel på utförandet av innehållsanalys:

Meningsbärande enhet	Kategori
PDB Infiltration Xylocain-spray	Bedövning

Frågan där deltagaren ombads rita på en bild analyserades enligt definitionerna av de olika EP. Definitionerna för ME: man utgår från introitus mittlinje och klipper i riktning mot anus. Definitionerna för MLE: man utgår från introitus mittlinje och klipper i riktning mot spinae. Definitionerna för LE: man utgår 1–2 cm vid sidan av introitus mittlinje och klipper i riktning mot spinae. Varje ritad bild granskades av oss båda och definierades visuellt. Resultatet presenterades i antal deltagare (n) och antal procent (%).

De sista frågorna var tre påstående med tillhörande skala. Skalan var en 16 cm lång linje. I ena änden av linjen stod det ”instämmer inte alls” och i andra änden stod det ”instämmer helt”. Deltagaren markera med ett kryss på skalan sin inställning till påståendet. Med hjälp av en linjal delades skalan i två lika stora delar (8 cm). Svaren som låg mellan 1–8 cm delades in i gruppen ”instämmer inte alls” och svaren som låg mellan 9–16 cm delades in i gruppen ”instämmer helt”. Resultatet presenterades i antal deltagare (n) och antal procent (%).

Totalt 13 av de som besvarade enkäten hade lämnat flera svar än tillåtet. 21 svarade inte alls på en eller flera frågor. Data från de frågor som besvarades felaktigt uteslöts för att de inte skulle påverka resultatet felaktigt. De frågor som inte besvarades redovisas i resultatet.

ETISKT ÖVERVÄGANDE

Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om att deras deltagande var frivilligt och anonymt. De kunde när som helst avbryta sitt deltagande utan motivering. Svaren på enkäten behandlas konfidentiellt och ingen enskild individ kan identifieras. Ett informerat samtycke kräver att deltagarna får information om studien, de ska ha förmågan att förstå informationen och fatta beslut samt valet att delta ska vara frivilligt utan yttre påverkan, lockelse eller hot (Kjellström, 2017).

RESULTAT

Totalt besvarade 122 deltagare på enkäten, 112 barnmorskor och 10 läkare från fyra förlossningskliniker. Genomsnittsåldern på deltagarna var 44,3 år och de hade i genomsnitt 11,6 års erfarenhet inom sin yrkeskategori samt hade i genomsnitt 10,1 års erfarenhet av att arbeta på förlossningskliniker. Av 122 deltagare som svarade på enkäten hade 96 deltagare utfört EP och 26 deltagare hade inte utfört EP. Se tabell 1.

Tabell 1. Demografisk data över deltagarna (n=122).

		Total	
		%	Nr
Antal		100.0%	122
Ålder	25–35 år	19.7	24
	36–45 år	37.7	46
	>46 år	41.8	51
	Ej svarat	0.8	1
Yrkesverksam som barnmorska/läkare	0–10 år	55.7	68
	11–20 år	25.4	31
	>21 år	18.9	23
Arbetat på förlossningen	0–10 år	60.7	74
	11–20 år	24.6	30
	>21 år	14.8	18
Har utfört episiotomi	Ja	78.7	96
	Nej	21.3	26

HUR DELTAGARNA UTFÖR EPISIOTOMI

TYP AV EPISIOTOMI

Deltagarna tillfrågades vilken typ av EP de vanligtvis använde. Av de 96 deltagarna som uppgav att de har utfört EP svarade totalt 84 (87,5%) deltagare att de utförde MLE. Åtta (8,3%) deltagare uppgav att de utförde LE, två (2,1%) deltagare uppgav att de utförde ME och två (2,1%) deltagare valde inget alternativ. Se diagram 1.

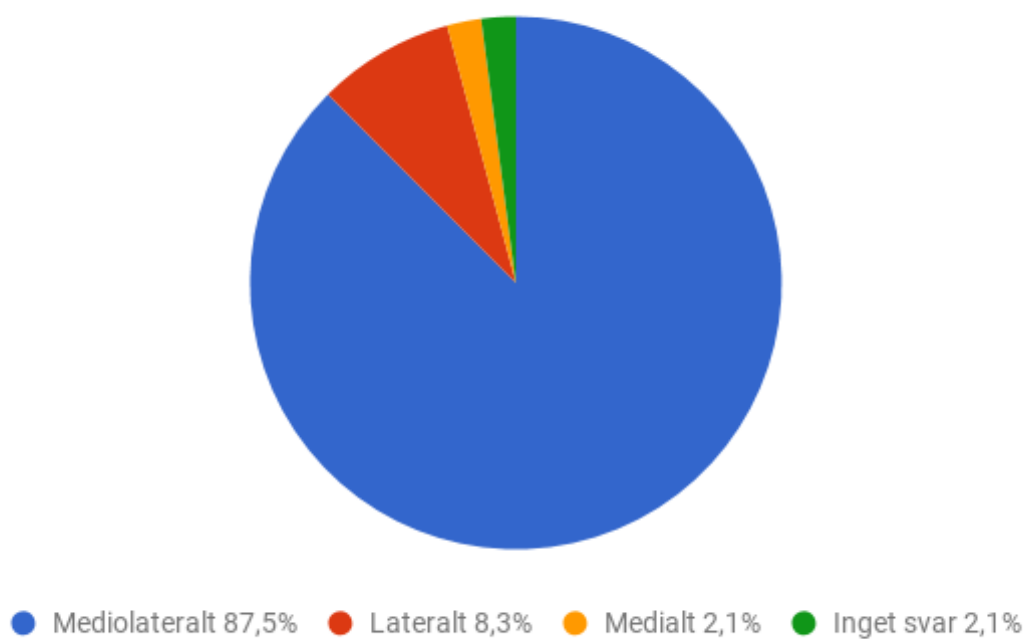


Diagram 1: Fördelningen av hur deltagarna uppgav att de utförde EP (n=96).

MARKERAT PÅ FIGUREN

Deltagarna ombads markera på figuren vilken typ av EP de vanligtvis använde. Av de 96 deltagarna som svarade att de har utfört en EP ritade 56 (58,3%) deltagare en LE. 34 (35,4%) deltagare ritade en MLE och en (1,04%) deltagare ritade en ME. Fem (5,2%) deltagare valde att inte markera hur de utför EP på figuren. Se diagram 2.

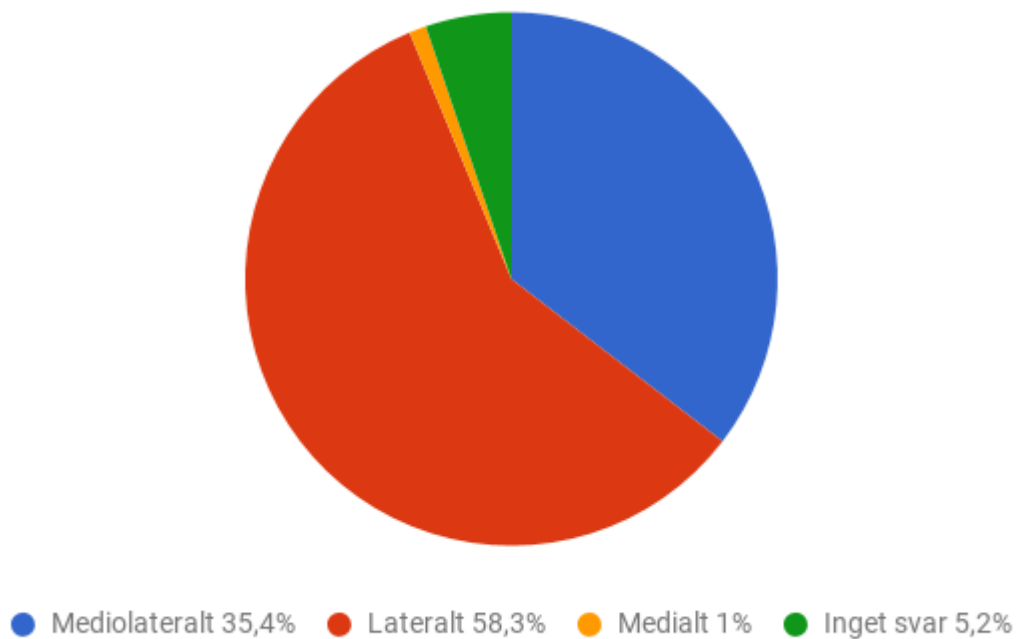


Diagram 2: Fördelningen av hur deltagarna har ritat hur de vanligen utförde EP.

JÄMFÖRELSE

Det är 89 deltagare som både har svarat och ritat hur de vanligen utför EP. 32 deltagare uppgav och ritade att de utförde MLE. 6 deltagare uppgav och markerade att de utförde LE. 38 deltagares svar (42,7%) stämde överens med hur de hade uppgett att de vanligtvis utförde EP samt hur de hade markerat hur de vanligen utförde EP. 51 svar (57,3%) stämde inte överens med hur de uppgav att de vanligtvis utför EP samt hur de hade markerat att de vanligen utför EP. Se diagram 3.

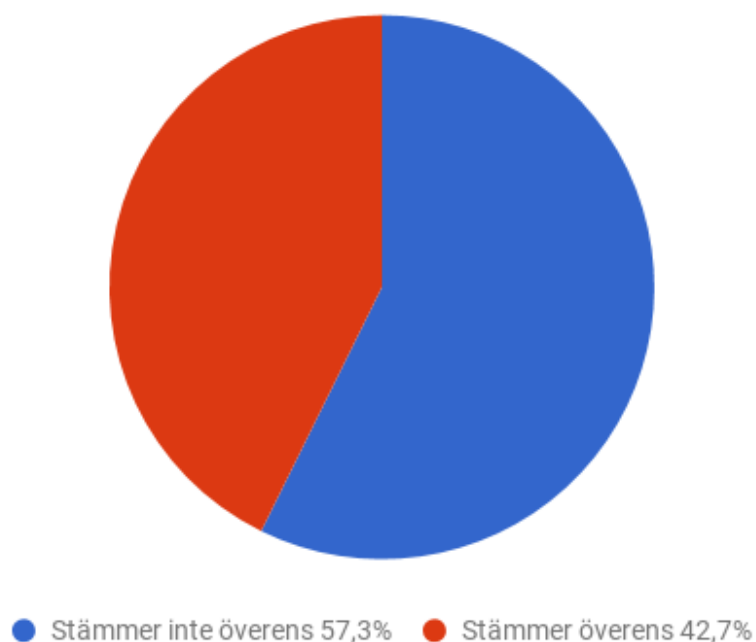
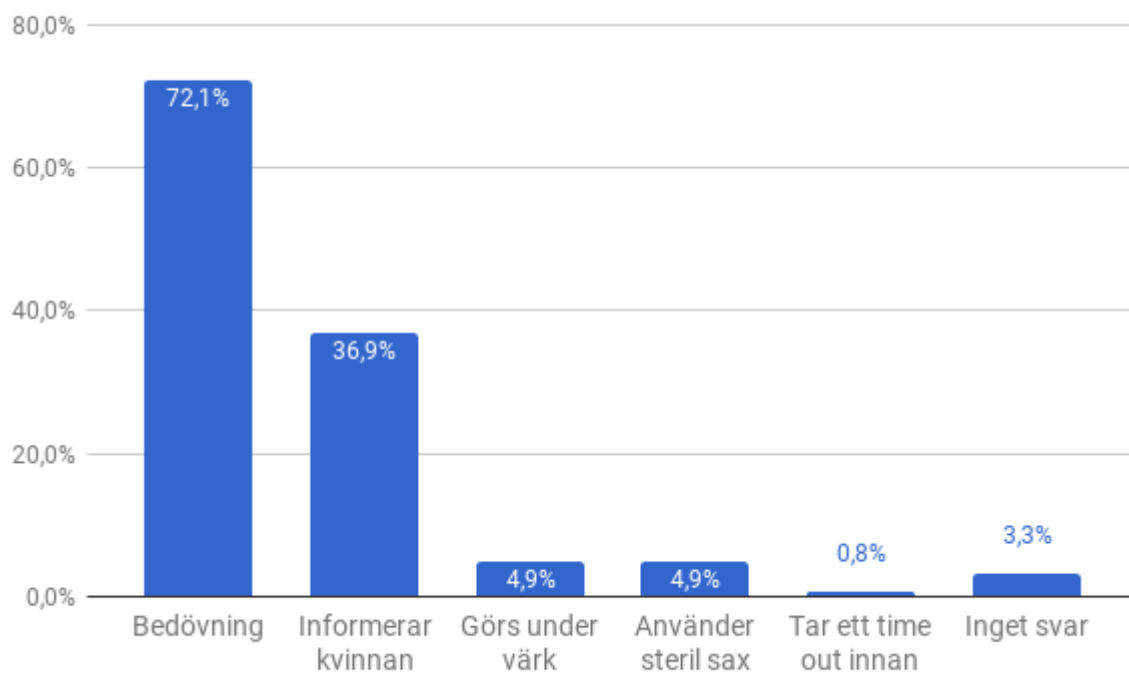


Diagram 3: Fördelningen över om deltagarnas svar stämmer och inte stämmer överens med hur de uppgav att de utförde EP och hur de har ritat (n=89).

FÖRBEREDELSE INFÖR EPISIOTOMI

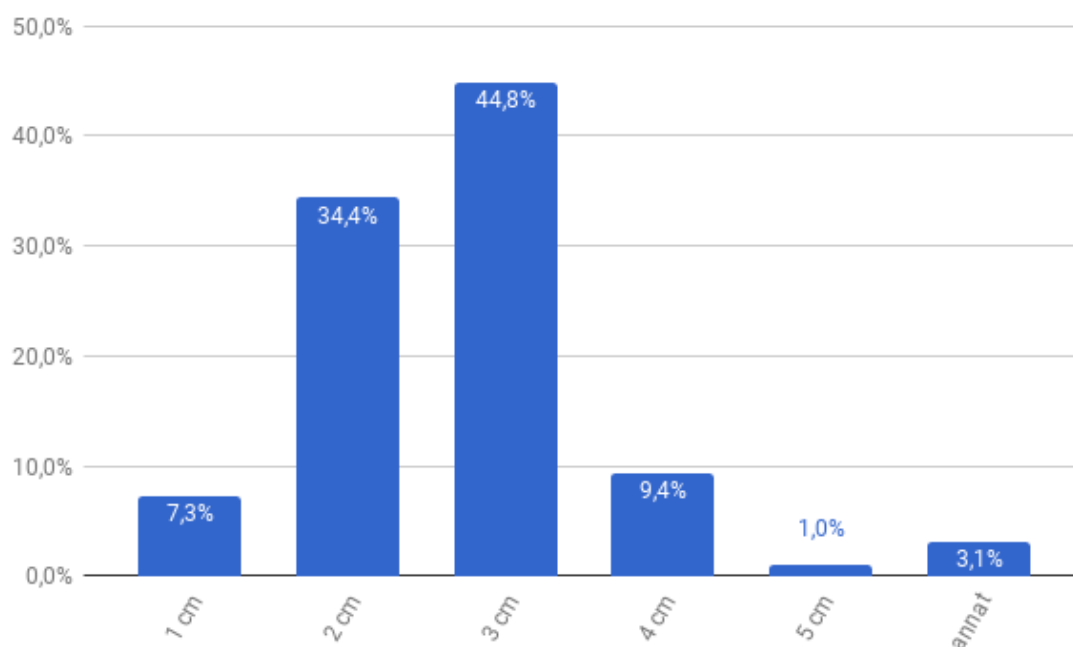
Vid den öppna frågan om hur deltagarna förberedde inför en EP, svarade majoriteten, 88 (72,1%), deltagare att de bedövar kvinnan innan EP. De uppgav bland annat infiltration, PDB och Xylocain-spray som exempel av bedövning. 45 (36,9%) deltagare uppgav att de informerar den födande om att de behövde utföra EP. Sex (4,9%) deltagare uppgav att de utför EP under en pågående värk. Sex (4,9%) deltagare uppgav att de använder sig av en steril sax. En (0,8%) uppgav att den börjar med att ta ett time-out. Fyra (3,3%) deltagare valde att inte svara på frågan. Se stapeldiagram 2.



Stapeldiagram 2: Fördelningen över hur deltagarna har uppgett att de förbereder inför EP (n=96).

KLIPPETS LÄNGD

Deltagarna tillfrågades hur många centimeter de vanligen klipper vid utförande av EP. Sju (7,3%) deltagare svarade att de klipper 1 cm, 33 (34,4%) deltagare svarade att de klipper 2 cm, 43 (44,8%) deltagare svarade att de klipper 3 cm. Nio (9,4%) deltagare svarade att de klipper 4 cm och en (1,04%) deltagare svarade att de klipper 5 cm. Se stapeldiagram 1. Tre deltagare valde att svara annat (3,1%). Exempel på andra svar: *"Så lite som möjligt men beroende på vävnad och utseende på perineum ca 1-2cm"* och *"Börjar att klippa endast på insidan, dvs hymen klipps. Oftast räcker det om det är stramt sen kan man klippa huden om det behövs"*.



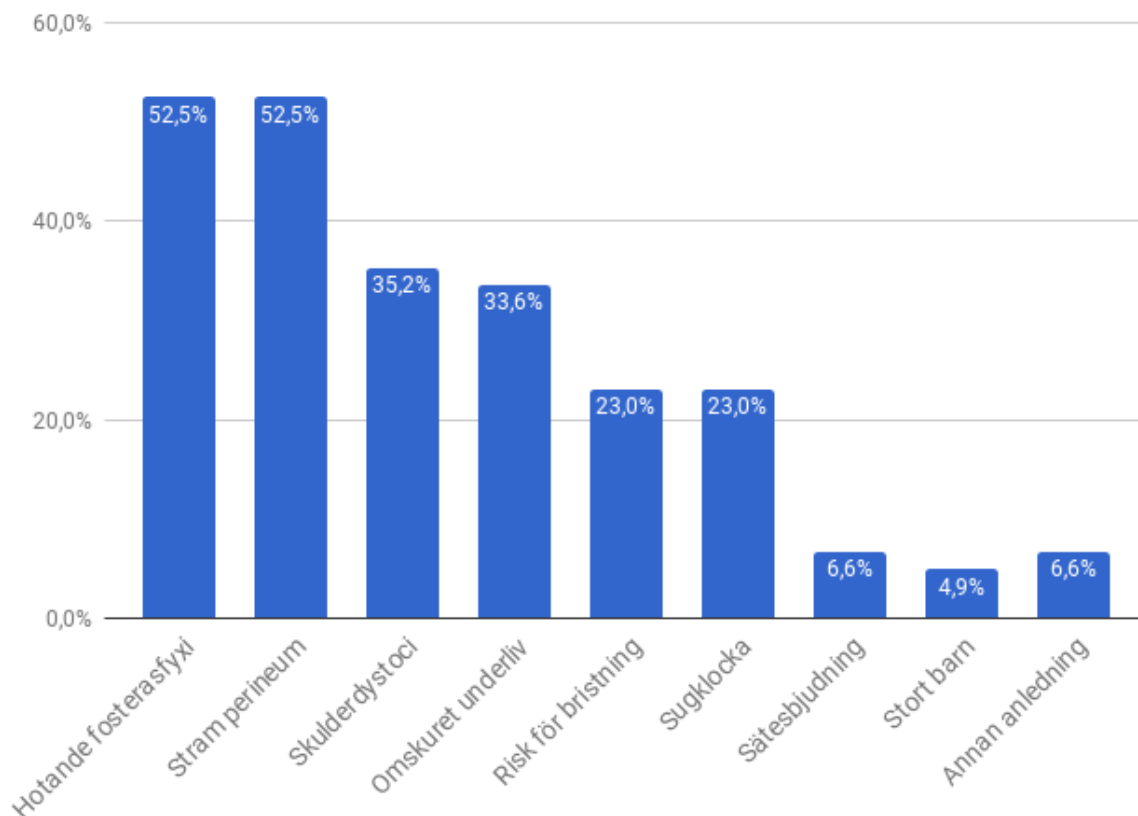
Stapeldiagram 1: Fördelningen över hur många cm deltagarna uppgav att de klipper vid EP (n=96).

ANLEDNINGAR TILL VARFÖR DELTAGARNA INTE HAR UTFÖRT EPISIOTOMI

Om deltagaren inte hade utfört en EP så fick de gå vidare till frågan om anledningar till varför en inte har utfört EP. Frågan var en flervalsfråga där deltagarna kunde välja flera än ett svarsalternativ samt välja att skriva en annan anledning om inget av alternativen stämmer överens. 26 deltagare hade aldrig utfört en EP. 23 (88,5%) deltagare uppgav att de inte har haft tillfälle till EP som anledning. Fem (19,2%) deltagare uppgav att de inte hade tillräckligt med kunskap om EP. Fyra (15,4%) deltagare uppgav att de inte har velat göra EP. Fem (19,2%) deltagare valde att uppge en annan anledning till varför de inte har utfört EP. Exempel på anledningar: *“Sett det göras en gång, av läkare inför VE”* och *“När det varit behov har mera erfaren barnmorska eller läkare varit på salen och gjort detta”*.

INDIKATIONER TILL EPISIOTOMI

Frågan om vid vilka indikationer deltagarna utförde en EP var en fråga där deltagarna kunde välja flera svarsalternativ. 64 (52.5%) deltagare uppgav hotande fosterasfyxi samt stram perineum. 43 (35.2%) deltagare uppgav skulderdystoci. 41 (33.6%) deltagare uppgav omskuret underliv. 28 (23.0%) deltagare uppgav risk för bristning samt VE. Åtta (6.6%) deltagare uppgav sätesbjudning. Sex (4.9%) deltagare uppgav stort barn som anledning. Se stapeldiagram 3. Åtta (6.6%) deltagare angav andra anledningar till EP. Exempel på andra anledningar: *“Prematurbörd”*, *“‘Växande’ perineum, sk. polokrage”* och *“Stramt runt omkring hela huvud där huvudet ej kommit framåt alls under lång tid, över 1 timme med kraftfulla värkar, trött mor och barn”*.



Stapeldiagram 5: Fördelningen över vid vilka indikationer deltagarna utförde episiotomi (n=96).

INSTÄLLNING TILL EPISIOTOMI

De sista tre frågorna i enkäten var påståenden där deltagarna fick markera med ett kryss på skalan deras inställning till påståendena. I slutet kunde de lämna en kommentar på påståendet. 117 av 122 deltagare fyllde i sina inställningar (se tabell 2).

På påståendet ”Jag anser att vi i Sverige lägger för få episiotomier” höll 12 (9,8%) deltagare med och 103 (84,4%) deltagare höll inte med. Två (1,6%) deltagare kommenterade att de inte visste och därför kunde de inte svara. Exempel på kommentarer som deltagarna skrev: *”Episiotomi skall läggas bara på indikation HFA (hotande fosterasfyxi) samt risk för bristning trots att man har gjort allt”, ”Klipp endast vid svårigheter att få ut barnet vid hotande fosterasfyxi”* och *”För att förhindra sfinkterskador anser jag att det borde vara större vana att kippa episiotomi”*.

På påståendet ”Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid sugklocka” höll 28 (23%) deltagare med och 86 (70,5%) deltagare höll inte med. Tre (2,5%) deltagare kommenterade att de inte visste och därför kunde de inte svara. Exempel på kommentarer som deltagarna skrev: *”I vissa fall säkert, men jag tror mer på andra åtgärder”*, *”Sfinkterskador varierar väldigt mycket beroende vilken doktor som lägger klockan”* och *”Möjligen borde vi i fler fall klippa vid VE (sugklocka) på förstföderska”*.

På påståendet ”Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid vaginal förlossning” höll 16 (13,1%) deltagare med och 101 (82,8%) deltagare höll inte med. Två (1,6%) deltagare kommenterade att de inte visste och därför kunde de inte svara. Exempel på kommentarer som deltagarna skrev: *”Speciellt med patienter som har stram mellangård, stort barn”*, *”Inte i allmänhet, men i vissa fall där uttalad risk för sfinkterskador föreligger”* och *”Klippet kan leda till att bristningen blir en sfinkter”*.

Tabell 2: Fördelningen över vilken inställning deltagarna hade över de tre påståendena (n=122).

Påstående	Instämmer helt	Instämmer inte alls	Inget svar	Vet ej
<i>”Jag anser att vi i Sverige lägger för få episiotomier”</i>	12 (9.8%)	103 (84.4%)	5 (4.1%)	2 (1.6%)
<i>”Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid sugklocka”</i>	28 (23%)	86 (70.5%)	5 (4.1%)	3 (2.5%)
<i>”Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid vaginal förlossning”</i>	16 (13.1%)	101 (82.8%)	5 (4.1%)	2 (1.6%)

DISKUSSION

Syftet med denna uppsats var att undersöka hur barnmorskor och läkare utför episiotomi med frågeställningarna *hur utför barnmorskor och läkare episiotomi? Vid vilka indikationer utförs episiotomi? samt hur är inställningen till episiotomi bland barnmorskor och läkare?*

RESULTATDISKUSSION

HUR BARNMORSKOR OCH LÄKARE UTFÖR EPISIOTOMI

Vi fann att förlossningspersonalens inställning, kunskaper och erfarenheter av EP hade stora variationer. Majoriteten av de tillfrågade barnmorskorna och läkarna uppgav att de vanligen utförde MLE, men de hade markerat en LE på figuren. Frågan “hur brukar du vanligtvis klippa” jämfördes med “rita på bilden hur du vanligtvis klipper”. Endast 42,7% markerade samma typ av EP som de hade svarat att de vanligen utförde.

Enligt litteraturens definition av ME ska klippet utgå från introitus mittlinje och cirka halva perineum klipps i riktning mot anus. En MLE ska, enligt litteraturen, utgå från introitus mittlinje och klippet läggs snett mot spinae. Vinkeln ska vara mellan 45–60 grader. En LE ska, enligt litteraturen, läggas cirka 1–2 cm vid sidan av introitus mittlinje och riktas snett mot spinae (Edqvist 2016).

Våra resultat är i linje med Fodstad et al. (2016) som i sin studie visade att majoriteten av läkarna som svarade på deras enkät inte vet hur eller var en MLE ska utföras. Flera studier visade att MLE utfördes felaktigt, oftast med en för liten vinkel, eller så utförs en LE istället för den tilltänkta MLE, menar författarna. De skriver att EP är den mest utövade interventionen inom obstetrik i världen men på grund av att det finns olika typer av EP och att det inte finns en generell internationell definition av de olika EP i världen försvårar klassifikationen av de olika EP. Författarna skriver att det inte finns tydliga dokumentationsmallar på förlossningskliniker på hur en utförd EP ska dokumenteras. Det dokumenteras endast att man har utfört en EP men inte hur man gick tillväga. Enligt författarna så skulle man med deras resultat kunna ifrågasätta andra studier där man till exempel har påvisat att en viss typ av EP skyddar mer mot OASI än en annan typ (Fodstad et al., 2016).

Sverige följer WHO:s rekommendation att barnmorskor och läkare endast ska utföra EP selektivt och restriktivt. Vi anser att på grund att EP görs väldigt sällan, skulle det kunna vara

en anledning till att barnmorskor och läkare inte kan skilja på de olika EP. Vårt resultat visar att deltagarna utförde EP på olika sätt, till exempel klipper deltagarna olika långt, och att deltagarna inte kan skilja de olika EP-typerna åt.

Efter att ha analyserat resultaten kontaktade vi återigen chefsbarnmorskorna, per telefon eller mail, för att fråga om förlossningsklinikerna hade PM om hur EP ska utföras. En av de fyra förlossningsklinikerna svarade att de hade PM (M. Hedström; I. Wiklund; Å. Willdal; S. Östergren Sjögren, personlig kommunikation, 7 mars 2018). Detta anser vi är märkbart i vårt resultat eftersom det inte fanns någon gemensam riktlinje om utförandet av EP.

När deltagarna tillfrågades vilka förberedelser de vanligen utförde innan en EP så fick de svara fritt på hur de vanligtvis brukar göra. Majoriteten uppgav att de bedövade området med olika metoder, t ex infiltration eller PDB. En tredjedel uppgav att de informerade den födande om att en EP skulle utföras. Övriga deltagare uppgav att de utförde en EP under pågående värk, att de använde sig av en steril sax samt att de tog en *Timeout* innan.

Enligt litteraturen så bör man informera den födande att man ska utföra EP och varför det behöver utföras samt att hon ger samtycke. Lokalbedövning ska ges, antingen i form av infiltration eller PDB. EP utförs när barnets huvud står i vulvan och klippet utför under en värk (Jiang et al., 2017; Edqvist, 2016). Resultatet visade att majoriteten tänkte snarlikt när det gäller förberedelser samt att deltagarnas tankar kring förberedelser samt tillvägagångssätt överensstämde med litteraturen.

När deltagarna tillfrågades om hur många centimeter de vanligen klippte vid utförande av EP, uppgav de att de klippte mellan 1–5 cm, men majoriteten klippte mellan 2 till 3 cm. Tre deltagare uppgav annat svar som t ex *“så lite som möjligt”*. Enligt litteraturen ska en korrekt utförd ME vara halva perineums längd, en korrekt utförd MLE ska vara 4–5 cm lång (Edqvist, 2016). Hur lång en korrekt utförd LE ska vara, nämns inte i litteraturen och vi har heller inte funnit information om längden i vetenskapliga skrifter. Vårt resultat visar att deltagarnas utförande av EP inte överensstämmer med vad teorin säger.

I vår pilotstudie var det 26 av 122 deltagare som inte hade utfört EP. Samtliga var barnmorskor som hade upp till fem års erfarenhet av att arbeta på förlossningen. Exempel på kommentarer som angavs: *“sett det göras en gång, av läkare inför VE”*, *“när det varit behov har mera erfaren bm eller läkare varit på salen och gjort detta”* och *“erfarna kollegor har gjort det”*. En studie gjord av Thomas och Cameron (2007) kom fram till att det fanns en

minskad klinisk erfarenhet och självförtroende av att utföra EP, mest bland mindre erfarna barnmorskor. Under vår barnmorskeutbildning på Karolinska Institutet har vi endast fått en enkel teoretisk utbildning i hur EP ska utföras. Då gick vi igenom vid vilka indikationer man kan utföra EP samt riskerna med EP. Under den verksamhetsförlagda utbildningen var det olika hur mycket vi studenter fick erfara utförande av EP på grund av att interventionen är ovanligt idag. Många av oss studenter saknar därför kunskap och erfarenhet i denna intervention. Detta påverkar troligtvis nyutexaminerade barnmorskor inför kommande utförande av interventionen, anser vi.

INDIKATIONER FÖR EPISIOTOMI

I enlighet med tidigare forskning (Jiang, Qian, Carroli & Garner, 2017; Shmueli et al., 2017; Lund et al., 2016; Edqvist, 2016; Socialstyrelsen, 2015; Hogg, 2009) framkom i vårt resultat att deltagarna utför EP på samma indikationer. Majoriteten av deltagarna i vår studie uppgav att de utförde EP vid hotande fosterasfyxi och stram perineum. Nästan en tredjedel uppgav skulderdystoci och omskuret underliv som indikation till EP. Ungefär en fjärdedel uppgav risk för bristning och sugklocka som indikation till EP. Övriga uppgav sätesbjudning eller stort barn som indikation till EP. Åtta deltagare uppgav annat svar, som t ex utdraget krystskede. Resultat visar på att deltagarna är insatta i de indikationer som är rekommenderade.

INSTÄLLNING TILL EPISIOTOMI

Deltagarnas fick svara på sin inställning till EP genom de tre påståenden *“Jag anser att vi i Sverige lägger för få episiotomier”*, *“Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid sugklocka”* och *“Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid vaginal förlossning”*. Inställningen till EP var i majoritet negativt på grund av risker som till exempel OASI eller bestående smärtproblematik. I de kommentarer som deltagarna skrev framgick det varför deltagarna var negativt inställda. Exempel på kommentarer som skrev var: *”Så sällan jag har lagt episiotomi. har haft väldigt få sfinkterskador”*, *”Klipp endast vid svårigheter att få ut barnet vid hotande fosterasfyxi”* och *“Klippet kan leda till att bristningen blir en sfinkter”*.

Deltagarna i vår studie var något lite mer positivt inställda till EP vid sugklocka (VE). Cirka en femtedel av deltagarna kryssade att påståendet *“jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid sugklocka”* stämde med deras inställning i skalan. Skillnaden mellan läkares och barnmorskors inställning till EP vid VE var stor. Läkarna var mer positivt inställda än barnmorskor. Hälften av läkarna kryssade att påståendet stämde med deras inställning i

skalan. Cirka en femtedel av barnmorskorna kryssade att påståendet stämde med deras inställning i skalan.

Fodstad et al. (2016) rapporterar om att i Danmark är det vanligast att man utför mediolateral EP och i Danmark är man mest restriktiv till EP i Norden. Samtidigt har de högsta siffrorna på OASI i Norden. Dock redovisar författarna att tidigare studier har visat att oftast görs mediolaterala EP med en för liten vinkeln, vilket har visat sig vara relaterat till större risk för OASI. Finland och Norge har högre statistik i att utföra EP och har de lägsta siffrorna på OASI. I Finland och Norge är det vanligare att utföra lateral EP.

En metaanalysstudie gjord på mer än 320 000 förstföderskor som förlöstes med hjälp av VE, skriven av Lund et al. (2016), visade att MLE eller LE kan skydda mot OASI. Dock anser författarna att EP förebyggande effekt av OASI vid VE-förlossning bör vägas mot konsekvenserna av själva EP.

Räisänen et al. (2009) kom i en registerstudie fram till att 909 förstföderskor behöver EP för att en kvinna ska skyddas från att få en OASI vid en spontan vaginal förlossning. Dock var siffran för hur många förstföderskor som måste klippas vid förlossning med VE för att en kvinna ska skyddas från OASI, lägre. Författarna rapporterade att siffran varierade mellan 12–66 antal kvinnor i studierna.

METODDISKUSSION

Designen vi valde var en kvantitativ deskriptiv pilotstudie baserad på enkäter. Vi anser att designen var passande till att besvara studiens syfte och frågeställningar, då vi var ute efter att samla data från en större population för att undersöka våra frågor. En registerstudie av data från till exempel MFR om utförandet av EP hade gett en historisk bild av hur barnmorskor och förlossningsläkare i hela Sverige har utfört och hur det utförs EP idag. Med en sådan studie hade man kunnat analysera och jämföra data på högre nivå samt kunnat dra slutsatser om kvaliteten på utförandet. Men då man inte registrerar utförandet, bara att EP utförs, är det inte möjligt att använda sig av en sådan studiedesign.

Urvalet bestod till en början av samtliga barnmorskor och läkare inom Stockholms läns landstings sex förlossningskliniker. Urvalet kan ges till en grupp som kan tänkas representera en större population (Billhult, 2017). Urvalet skedde genom ett tillgänglighetsurval. Tillgänglighetsurval är enligt Berntson et al. (2016) ett sämre alternativ men ibland den enda

möjliga sätt att utföra en studie under en begränsad tid. Vi tyckte det var viktigt att ha med både deltagare som hade och inte har utfört en EP eftersom vi ville veta hur mycket kunskap båda grupperna hade och hur deras inställning till EP var. Vi anser då urvalet endast var begränsat till Stockholm län och att vi inte fick så många besvarade enkäter samt att inte alla förlossningskliniker i Stockholm län var representerade kan man inte generalisera resultaten till hela landet, eller hela Stockholm län. Men då vår studie var en pilotstudie, som betyder att man utför en provstudie på ett mindre antal deltagare än ett fullvärdig studie (Polit & Beck, 2018) anser vi att vår population var lämpligt i förhållande till studiens form. Något mer som påverkar generaliseringen av deltagarnas svar till alla barnmorskor och läkare är att vi inte vet vilka som svarade på vår enkät – var de barnmorskor och läkare som var mer positiva eller mer negativa till EP? Hade mer erfarenhet än de andra som inte har svarat? Var deltagarna mer intresserade av EP? Vi tror att de barnmorskor som deltog var mer intresserade av ämnet EP än de som inte deltog.

Vi valde att samla in data med hjälp av egenkonstruerade pappersenkäter. För att få så många svar som möjligt under en begränsad tid är enkäter ett bra redskap (Billhult, 2017). En webbenkät hade varit mer tidseffektiv och vi hade nått ut till fler än bara barnmorskor och förlossningsläkare i Stockholm läns landstings förlossningskliniker. Men då hade deltagarna inte kunnat markerat på figuren, och vi hade inte fått reda på om deltagarna hade kunskap i de olika klassifikationerna av EP. Eventuellt hade vi då kunnat formulerat om frågan till en öppen fråga där deltagarna fick beskriva med egna ord hur en EP utförs.

Det finns flera risker med att konstruera egna enkäter eftersom de inte testats tidigare. Riskerna med egenkonstruerade enkäter är att frågorna missförstås, frågorna tolkas fel eller avspeglar våra egna värderingar, enligt Billhult (2017). Vi försökte minimera dessa risker genom att låta vår handledare, kurskamrater och seminarieledare under ett projektplansseminarium samt BB-Stockholms VD, docent Ingela Wiklund granska enkäten innan vi delade ut dem. Frågor som tolkades fel och missförstods reviderades. Under dataanalysen identifierade vi dock svagheter på några frågor som besvarades fel. Två av frågorna (fråga åtta och nio) skulle deltagarna endast välja ett alternativ men några deltagare valde flera. Vi tror att frågorna antingen var felaktigt formulerade eller så var det svårt för deltagarna att endast välja ett svarsalternativ. Detta gjorde att det gav en mindre svarsfrekvens på de två frågorna och därför minskar det generaliserbarheten på de svaren.

Vi hade två frågor om hur deltagarna utförde EP. Vi ville veta vilken typ av EP deltagarna anser att de utförde (färdiga svarsalternativ) och hur de utförde EP (markerat på figuren). Genom att ha två frågor om samma sak ökar reliabiliteten (Berntson et al., 2016). Med de frågorna kunde vi redovisa att de EP som majoriteten av deltagarna utför inte överensstämmer med definitionerna av de olika EP. En nackdel med att använda sig av enkäter som datainsamlingsmetod är att det inte finns möjlighet att återgå till en viss deltagare och be deltagaren förklara eller utveckla sitt svar, eftersom att svaren har skett anonymt (Berntson et al., 2016).

Med den öppna frågan om hur deltagarna förbereder inför EP, är risken att deltagarna inte har tänkt på alla aspekter kring förberedelser. Detta kan ha påverkat resultatet. Resultatet kan tolkas fel om man inte förstår att deltagarna fick svara fritt kring förberedelser. Man bör ha i åtanke att, till exempel, bara för att en tredjedel svarade att de informerar den födande innan klippet, så betyder det inte att två tredjedelar inte informerar. Deras svar var istället hur man mer praktiskt ska förbereda inför en EP. Den öppna utformningen av frågan valdes för att inte sätta ord i mun på deltagarna och för att undersöka vad deltagarna tänker kring förberedelser.

De sista tre påståenden med tillhörande skala har vi i efterhand funderat på om vi hade kunnat redovisat annorlunda. Att vi inte hade färdiga markeringar som till exempel siffror eller med påståenden ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis” och ”Instämmer inte alls” på skalan, var ett medvetet val. Vi ville efterlikna VAS-skalan där man visuellt kunde markera hur mycket man höll med påståendet, men att man inte skulle påverkas av de förutbestämda markeringarna gjorda av oss. I början när vi formulerade påståendena så var tanken att vi skulle dela in skalan i tio lika stora delar och redovisa fördelningen av alla svar i ett diagram, därför har vi använt oss av en lång linje. Men under analysprocessen ändrade vi oss på grund av att vi upplevde att en redovisning av svaren uppdelade i tio delar inte skulle ge en bra beskrivning av deltagarnas inställning. Därför bestämde vi oss att gruppera svaren. Till slut bestämde vi oss att dela upp deltagarnas svar i två delar, de som var mer positiva och de som var mer negativa till påståendena. Vi har i efterhand diskuterat att det hade varit mer rättvis att dela in skalan i tre eller fyra delar. Då hade vi fått en bättre bild av hur många som hade kryssat i mitten av skalan. Att ställa frågor om deltagarnas inställning till EP hade vi kunnat göra annorlunda. Kanske med öppna frågor där deltagarna kunde förklara sina svar med egna ord, eller en annan sorts skala.

Frågor som vi i efterhand upptäckte att vi hade kunnat haft med var frågor om deltagarnas erfarenhet och hur deltagarnas egna värdering av sin kunskap om EP var. Till exempel hade värderingsfrågan om deltagarnas kunskap kunnat varit ett påstående: ”Jag anser att jag har bra kunskap om hur episiotomi ska utföras”. Frågan om deltagarnas erfarenhet hade kunnat vara ”Hur många episiotomier har du utfört?”. Vi har i efterhand även tänkt att vissa frågor med flervalssalternativ hade kunnat vara öppna frågor, till exempel ”Vid vilka indikationer utför du episiotomi?”. Då hade vi kunnat få reda på deltagarens kunskap om indikationer till EP.

Vi anser att vårt tillvägagångssätt att ta hjälp av chefsbarnmorskorna var ett bra sätt att få så många deltagare som möjligt. Med chefsbarnmorskorna bestämde vi dagar då vi kunde komma på besök för att informera om vår pilotstudie och för att lämna ut enkäterna. Chefsbarnmorskorna hjälpte oss även med att informera och påminna deltagare som inte närvarade vid våra besök på klinikerna. På grund att vi inte lyckades få kontakt med två av förlossningsklinikerna inom tidsramen så var vi tvungna att exkludera dem. Hade vi haft en bättre framförhållning och tagit kontakt med förlossningsklinikernas chefsbarnmorskor innan kursstart hade vi nog kunnat ha med samtliga förlossningskliniker i Stockholms läns landsting.

Ett annat sätt att inkludera fler deltagare i studien skulle ha om vi hade fått träffa alla barnmorskor och förlossningsläkare under till exempel en temadag. Då skulle vi ha kunnat presentera vår pilotstudie och delat ut samt samlat in alla enkäter under samma dag. Vi tror att de hade ökat antalet deltagare. På grund av utformningen av magisteruppsatsen så fanns ingen möjlighet att planera en sådan träff i innan kursstarten. Något annat som påverkade vårt låga deltagarantal av läkare var att vi själva inte tog kontakt med förlossningsläkarna. Vi förmedlade vår information till läkarna via chefsbarnmorskor. Inga läkare var närvarande under våra besök på klinikerna.

122 enkäter besvarades av de 350 enkäter som lämnades ut på förlossningsklinikerna. Bortfallet var ganska stort, men vi fick ändå tillräckligt många svar för att kunna göra en analys och få svar på våra frågor. Vi anser att bortfallet var slumpmässig. Enligt Berntson et al. (2016) är definition av slumpmässigt bortfall att deltagarna inte har prioriterat att delta i studien eller så har deltagaren glömt bort att svara. Barnmorskor och läkare på förlossningskliniker har en tung arbetsbelastning på grund av personalbrist. Vi tror att det kan vara en anledning till att vår enkät har bortprioriterats. En annan anledning som vi anser kan

ha påverkat deltagandet i vår pilotstudie var att vi var barnmorskestudenter, och deltagandet i studien inte bedömdes som viktigt att prioritera utöver vanliga arbetsuppgifter.

Dataanalysen av kvantitativa data utfördes deskriptivt, enkätsvaren fördes in manuellt i Microsoft Excel och analysprocessen granskades av vår handledare. Vi anser att Microsoft Excel var användbar som hjälpmedel för deskriptiv statistikförande. Att redovisa data deskriptivt anser vi ökar validitet då vi inte har tolkat svaren på något sätt. Vi valde att inte utföra en mer avancerad statistisk analys på grund av vår tidsram. Att använda oss av summativ innehållsanalys på den öppna frågans svar anser vi var bra då vi kunde omvandla text till siffror. Dock om vi hade gjort om våra enkätfrågor hade vi valt att genomgående haft frågor med färdiga svarsalternativ eller använt oss bara av öppna frågor för att vara mer konsekvent och underlätta dataanalys.

Enkäterna besvarades anonymt och redovisades i gruppnivå, därför kan resultatet i vår studie inte avslöja enskilda deltagares svar. Deltagarna fick information om studien, både muntlig och skriftlig (försättsbladet till enkäten) som man bör enligt de etiska principerna (Kjellström, 2017). Deltagarna fick muntlig information om att genom sitt deltagande i vår pilotstudie har de accepterat och förstått informationen de fick.

SLUTSATS OCH VIDARE FORSKNING

Vår pilotstudie visar att majoriteten av de tillfrågade barnmorskor och läkare utför EP på olika sätt. Vi anser att det finns en kunskapsbrist i hur EP bör utföras. Tidigare studier har dragit samma slutsatser, ändå har inga tydliga direktiv tillkommit. Att utföra EP felaktigt kan skada kvinnan och därför är det viktigt att förlossningspersonal vet hur man utför interventionen. I de förlossningskliniker som deltog i vår pilotstudie har endast en av fyra ett PM om hur man utför EP. Vi anser att det behövs ett gemensamt PM med tydliga direktiv på hur EP ska utföras alla förlossningsavdelningar. Vi anser även att det behövs mer undervisning i hur man utför EP i vår barnmorskeutbildning, både teoretiskt och praktiskt.

Vi tycker att det skulle vara intressant att utföra en större nationell studie på ämnet för att få en bild om utförandet av EP ser likadan ut i hela Sverige. Sedan kan man utveckla våra svenska riktlinjer om EP så att alla barnmorskor och läkare utför EP korrekt och på samma sätt för att minska risken att skada de födande.

REFERENSER

- Berntson, E., Bernhard-Oettel, C., Hellgren, J., Näswall, K., & Sverke, M. (2016). *Enkätmetodik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., ss.121–132). Lund: Studentlitteratur.
- Blondel, B., Alexander, S., Bjarnadottir, R. I., Gissler, M., Langhoff-Roos, J., Novak-Antolic, Z., ... Euro-Peristat Scientific, C. (2016). Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(7), 746–754. doi:10.1111/aogs.12894.
- Bäckenbottenutbildning. (2017). Klipp (episiotomi). Hämtad 18-03-30 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klipp-episiotomi>
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009) Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Art. No.: CD00008. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Dahlen, H.G., Homer, C.S., Leap, N., & Tracy, S.K. (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women birth*, 24(3), 105–111. doi: 10.1016/j.wombi.2010.09.002.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., ss.143–154). Lund: Studentlitteratur.
- de Leeuw, J.W., de Wit, C., Kuijken, J.P., & Bruinse H.W. (2008). Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG*, 115(1), 104–108. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01554.x.
- Edqvist, M. (2016). Förebygga bristningar under förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (ss.481–491). Lund: Studentlitteratur.
- Endresen, H., & Bjørnstad, N. (1994). *Födande krafter*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.
- Fodstad, K., Staff, A.C., & Laine K. (2016) Episiotomy preferences, indication, and classification – a survey among Nordic doctors. *Acta Obstet Gynecol Scandinavia*, 95(5), 587–595. doi: 10.1111/aogs.12856.
- Gonzalez-Díaz, E., Fernández Fernández, C. & Fernández Corona, A. (2014). Differences in characteristics of mediolateral episiotomy in professionals at the same hospital. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(14), 2368–2372. doi: 10.3109/14767058.2015.1086328.

- Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C. & Medves J. M. (2005) Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth*, 32(3), 219–223. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x.
- Gurol-Urganci, I., Cromwell, D. A., Edozien, L. C., Mahmood, T.A., Adams, E.J., Richmond, D.H., Templeton, A. & van der Meulen, J.H. (2013) Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG*. 120(12): 1516–1525. doi: 10.1111/1471-0528.12363.
- Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I A. Kaplan, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (ss.245–301). Lund: Studentlitteratur.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017) Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- Kalis, V., Laine, K., de Leeuw, J., Ismail, K., & Tincello D. (2012) Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* 119(5), 522–526. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., ss.57–80). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. (ss. 80–114). Stockholm: Natur & Kultur.
- Landgren, B-M. (2016) Anatomi - från flicka till kvinna. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (ss.67–73). Lund: Studentlitteratur.
- Liljestrand, J. Episiotomy for Vaginal Birth: RHL Commentary (2003) The WHO Reproductive Health Library. World Health Organization, Geneva.
- Lund, N., Persson, L., Jangö, H., Gommesen, D. & Westergaarde, H. (2016). Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 207, 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.10.013>.
- Martin DL., (1921). The protection of the perineum by episiotomy in delivery at term. *California state journal of medicine*. 19(6):229-31. <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.kib.ki.se/pmc/articles/PMC1516929/pdf/calstatejmed00032-0013.pdf>
- Olsson, A., (2016). Förlossningsskador och suturering. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (ss. 509–521). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. H. (2018). *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice* (9: e upplagan). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Räisänen, S., Selander, T., Cartwright, R., Gissler, M., Kramer, M. R., Laine, K., & Heinonen, S. (2014). The association of episiotomy with obstetric anal sphincter injury - a population based matched cohort study. *PLoS One*, 9(9), e107053. doi:10.1371/journal.pone.0107053
- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen K., Gissler M., & Heinonen S. (2009). Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(12), 1365–1372. doi: 10.3109/00016340903295626.
- Röckner G., & Fianu-Jonasson A. (1999) Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *British Journal Of Obstetrics Gynaecology*, 106(2), 95–101. doi:10.1111/j.1471-0528.1999.tb08207.x.
- Samarasekera, D.N., Bekhit, M.T., Preston, J.P., & Speakman, C.T. (2009) Risk factors for anal sphincter disruption during child birth. *Langenbeck's Arch Surg / Deut Gesellschaft Chir* 394(3), 535–538. doi: 10.1007/s00423-008-0441-0.
- Shmueli, A., Gabbay Benziv, R., Hiersch, L., Ashwal, E., Aviram, R., Yogev, Y., & Aviram, A. (2017). Episiotomy – risk factors and outcomes. *Journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 30(3), 251–256. doi: 10.3109/14767058.2016.1169527.
- Socialstyrelsen. (2001). Handläggning av normal förlossning. Hämtad 2018-01-24 från https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf.
- Socialstyrelsen. (2015). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2014 – Assisterad befruktning 1991–2013. Hämtad 2018-02-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-27>.
- Socialstyrelsen. (2018). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016. Hämtad 2018-02-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-1-6>.
- Sundström Poromaa, I. (2010) De kvinnliga könsorganens anatomi. I P-O Jansson & B-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (ss. 13–31). Lund: Studentlitteratur.
- Thomas, E., & Cameron, H. (2007). Midwives' management of episiotomy at a district general hospital. *British Journal Of Midwifery*, 15(11), 680–683. doi: 130.237.122.245.
- Twidale, E., Cornell, K., Litzow, N., & Hotchin, A. (2012). Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 53(1), 17–20. doi:10.1111/j.1479-828X.2012.01483.x.
- Verghese, T.S., Champaneria, R., Kapoor, D.S., & Latthe, P.M. (2016). Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 27(10), 1459–67. doi: 10.1007/s00192-016-2956-1.

Webb, S., Sherburn, M., & Ismail, K. M. (2014). Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ* 2014;349:g6829. doi:10.1136/bmj.g6829

BILAGA 1



**Karolinska
Institutet**

Vi är två barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet i Stockholm, som under vår sista termin skriver en magisteruppsats. Uppsatsen är en pilotstudie om episiotomi och syftet med denna enkät är att undersöka om/hur barnmorskor och läkare utför episiotomi.

Alla barnmorskor och läkare på förlossningen oavsett erfarenhet av episiotomi är välkomna att svara på enkäten. Den tar ca 5 min att besvara. Deltagandet är frivilligt och du lämnar dina svar anonymt.

Alla svar behandlas konfidentiellt. Endast resultat på gruppnivå kommer att redovisas, dvs ingen enskild individ kommer att kunna identifieras.

Om du har några frågor kring studien är du välkommen att kontakta oss.

Yesica Quispe Arbieta

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestudent, Karolinska institutet

yesica.quispe.arbieta@stud.ki.se

Tel: 0739 71 50 85

Catarina Simunovich Barraza

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestudent, Karolinska institutet

catarina.barraza@stud.ki.se

Tel: 0735 59 07 11

Ansvarig handledare:

Cecilia Ekéus

Docent

Leg. barnmorska Karolinska institutet

cecilia.ekeus@ki.se

Tel: 0709 65 42 68

1. Du är:

☐ Barnmorska

☐ Läkare

2. Hur länge har du varit verksam barnmorska/läkare?

Svar:

3. Hur länge har du arbetat på förlossningen som barnmorska/läkare?

Svar:

4. Hur gammal är du?

Svar:

5. Har du någon gång gjort en episiotomi?

☐ Ja (fortsätt till fråga 7)

☐ Nej (fortsätt till fråga 6)

6. Varför har du inte gjort en episiotomi? (Du kan välja flera alternativ)

☐ Har inte haft tillfälle till det

☐ Jag har inte velat göra det

☐ Jag har inte tillräckligt med
kunskap om det

☐ Vet ej

☐ Annan anledning:

7. När du gör en episiotomi, hur brukar du förbereda?

Svar:

8. När du gör en episiotomi, hur klipper du vanligen? (Välj ett alternativ)

☐ Medialt

☐ Mediolateralt

☐ Lateral

☐ Annat:

9. Ungefär hur många cm klipper du vanligen? (Välj ett alternativ)

☐ 1cm

☐ 3cm

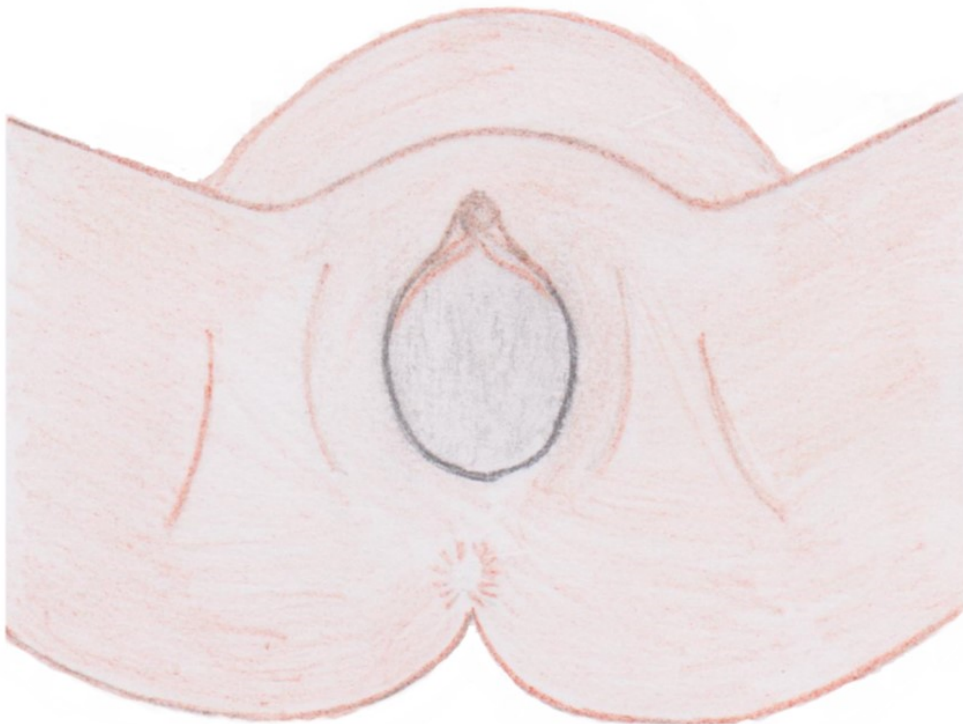
☐ 5cm

☐ 2cm

☐ 4cm

☐ Annat

10. Rita på bilden var du lägger episiotomi



11. Vid vilka tillfällen gör du episiotomi? (Du kan välja flera alternativ)

☐ Hotande
fosterasfyxi

☐ Risk för bristning

☐ Vid omskurna
underliv

☐ Sätessförlossning

☐ Instrumentell
förlossning, t ex
sugklocka

☐ Stram perineum

☐ Skulderdystoci

☐ Annan anledning:

☐ Stort barn

Markera med ett kryss på skalan din inställning till följande påståenden:

12. Jag anser att vi i Sverige lägger för få episiotomier

Instämmer inte alls

Instämmer helt

Ev. kommentar:

13. Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid sugklocka

Instämmer inte alls

Instämmer helt

Ev. kommentar

14. Jag anser att episiotomi skyddar mot sfinkterskada vid vaginal förlossning

Instämmer inte alls

Instämmer helt

Ev. kommentar:

