



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 14

Barnmorskans upplevelser av bristningar i samband med förlossningen

- En intervjustudie om hur barnmorskor förebygger bristningar och deras upplevelser när kvinnan fått en allvarlig bristning

Midwives' experiences of tears after labour

- A interview study how midwife's prevent tears and their experience when the women suffer from a severe perineal tear

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2015

Författare:
Jenny Britz
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Tove Björkstrand
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:
Mia Barimani
Med. Dr
Leg. Barnmorska

Examinator:
Malin Söderberg
Med. Dr
Leg. Barnmorska

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet allvarliga vaginala bristningar i samband med förlossningen har de senaste decennierna ökat. Allvarliga förlossningsskador kan orsaka stort lidande för kvinnan. Det finns idag inga nationella riktlinjer för hur barnmorskor ska förebygga att bristningar uppstår. Ett stort ansvar läggs på den enskilda ansvariga barnmorskan under förlossningen. Forskningen om barnmorskans upplevelser när kvinnan drabbats av en allvarlig bristning är begränsad. **Syftet** var att beskriva barnmorskors erfarenheter av perinealskydd samt deras upplevelser då kvinnan drabbats av en grad tre eller fyra bristning i samband med förlossningen. **Metod:** En kvalitativ semi strukturerad intervjustudie med induktiv ansats har genomförts. Totalt intervjuades åtta barnmorskor. Analysen skedde genom induktiv innehållsanalys. **Resultat:** Under analysen framkom två teman; *Handgreppets betydelse spelar en mindre roll* och *Att söka förklaring till varför det hände för att hantera situationen*. **Slutsats:** Barnmorskan strävar efter att låta framfödandet av barnet gå långsamt. Barnmorskan försöker finna orsaken till varför bristningen uppstod och hon behöver stöd och hjälp av sina kollegor för att komma vidare.

Nyckelord: barnmorskans upplevelser, grad tre och fyra bristning, kommunikation, perinealskydd, sfinkterskador.

Abstract

Background: The occurrence of severe perineal trauma after labour has increased during the last decades. Severe perineal trauma after vaginal birth can be devastating for the women. There are no national guidelines in how midwives should prevent vaginal tears during labour, and the midwife has a big responsibility. Little research is found about the midwives experience of attending a birth in which the women gets a severe perineal trauma. **The aim of this study** was to describe midwives' experiences of perineal protection and their experience when the woman gets a sphincter injury. **Methods:** A qualitative semi-structured interview study with inductive approach. Total 8 midwives' were interviewed. Data was analyzed using inductive content analysis. **The result:** During the analyze two themes were found; *The use of hands is less important* and *To seek explanation to why it happened to handle the situation*. **Conclusion:** The midwife strives to deliver the baby's head as slowly as possible. When injuries occur despite these measures she tries to seek explanation in why the injury occurred and she needs support from her colleges to be able to move on.

Keywords: communication, midwives experience, perineal protection, sphincter injury.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Anatomi	1
Gradering av vaginala bristningar	2
Prevalens av allvarliga bristningar och klipp	2
Riskfaktorer och komplikationer	3
Förebyggande åtgärder	4
Barnmorskans roll	5
Teoretisk referensram	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Definition av begrepp	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Handgreppets betydelse spelar en mindre roll	10
Kommunikation för ett långsamt framfödande	10
Att styra framfödandet med hand och blick	11
Gynnsam förlossningsställning	12
Avsaknad av riktlinjer	13
Att söka förklaring till varför det hände för att hantera situationen	13
Att känna skuld och försöka förstå	13
Finna orsaker och arbetsmiljöns betydelse	14
Strategier för att hantera	15
Diskussion	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	21
Slutsats	23
Förslag på vidare forskning	23
Referenser	24

Bilaga 1 29

Bilaga 2 30

Bilaga 3 31

Inledning

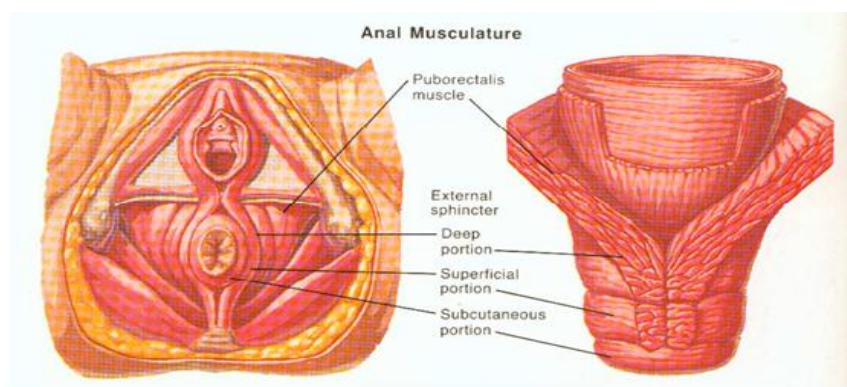
De senaste åren har media uppmärksammat att antalet allvarliga förlossningsskador hos kvinnor i Sverige har ökat. Allvarliga skador kan medföra svåra fysiska och psykiska besvär för kvinnan. Ett stort ansvar ligger hos barnmorskan att förebygga bristningar i samband med förlossningen.

Författarna till denna studie har därför valt att beskriva barnmorskans upplevelser av allvarliga bristningar. Till en början ges en introduktion till kvinnans anatomi samt graderingen av bristningar i samband med förlossningen för att klargöra begrepp för läsaren.

Bakgrund

Anatomi

Bäckenbotten är uppbyggd av muskler, fett, bindväv, nerver och blodkärl samt ändtarm och urinblåsa. Perineum är området mellan slidmynningens bakre begränsning och analöppningen. Det finns individuella skillnader i hur hög perineum är (Solum, 2010). Perinelakroppen fyller en central funktion och består av framförallt bindväv och många muskler fäster här; fascia rectovaginalis, fascia från levatormuskulaturen, externa analsfinkter muskulaturen, m. bulbocavernosus, m. transversus perinei och profundus (Zetterström, 2008).



Figur 1 Bäckenbottens muskulatur och analsfinktern (Zetterström, 2008).

Anus omges av en separat slutmuskel kallad m.sphinkter ani. Analsfinktern består i sin tur av en yttre och inre sfinkter. Den externa sfinktern, omgiven av nervus pudendus och består av tvärstrimmig muskulatur, är viljestyrd och aktiveras vid knipbehov. Den interna sfinktern ligger

som en cylinder innanför den externa sfinktern och är inte viljemässigt kontrollstyrd. Den består av glatt muskulatur och är något kortare än den externa (Solum, 2008).

Gradering av vaginala bristningar

Under en vaginal förlossning får ungefär 75 % av alla kvinnor någon typ av bristning i underlivet (Lundquist, Olsson, Nissen, & Norman, 2000). I Sverige bedömer och suturerar barnmorskan grad ett och grad två bristningar (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). Skadorna graderas från grad ett till grad fyra, se tabell 1 (Zetterström, 2008).

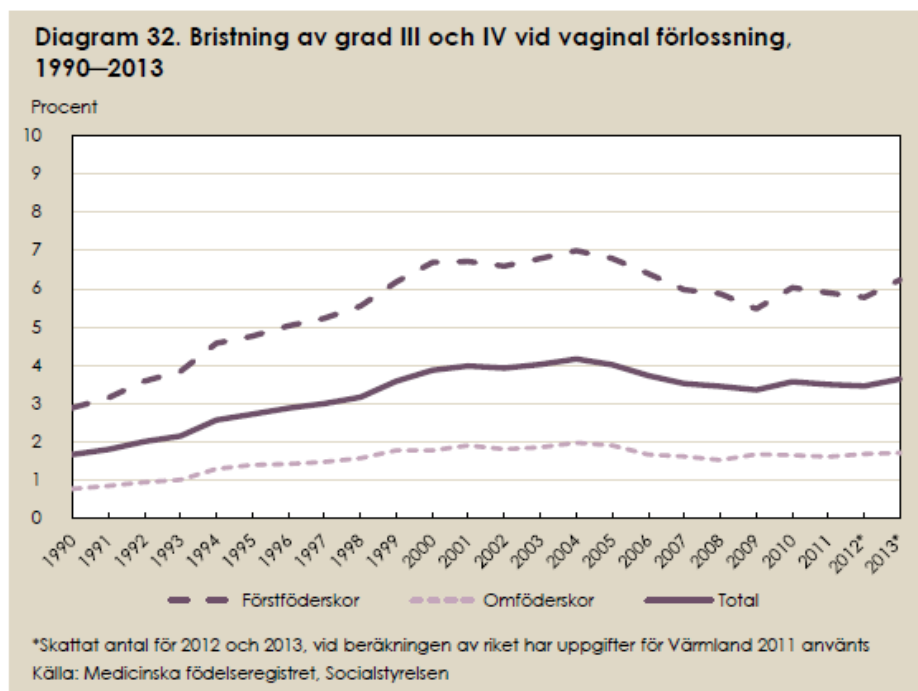
Tabell 1 Gradering av vaginala bristningar

Grad I	Enbart hud/vaginalslemhinna
Grad II	Djupare skada i vagina och/eller perineum
Grad III	Del av eller hela sfinktermuskeln
Grad IV	Hela sfinktern samt analslemhinnan

Prevalens av allvarliga bristningar och klipp

På 1990-talet fick 1,7 % av kvinnorna i Sverige en grad tre eller fyra bristning i samband med förlossningen. Antalet ökade sedan och var som högst år 2004, då drabbades 4,2 %. Ökningen uppmärksammades då inom förlossningsvården och åtgärder vidtogs. Åren efter sjönk andelen grad tre och fyra bristningar något och var år 2009 nere på 3,3 %. Därefter har dock en ökning skett och senaste siffran från 2013 visar att 3,6 % av alla födande kvinnor i Sverige drabbats.

Det finns stora variationer i landet, Stockholms län har högst andel sfinkterskador 4,9 medan Norrbottens län har lägst andel, 2,1 % (Socialstyrelsen, 2014).



Figur 2 Bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning 1990-2013.

Riskfaktorer och komplikationer

Det finns ett flertal riskfaktorer för att få en sfinkterskada i samband med förlossningen. Den största enskilda risken är att vara förstföderska. Andra riskfaktorer är omföderska med tidigare stor bristning eller klipp, stort barn > 4000 gram, långdragen förlossning, epiduralbedövning, instrumentella förlossningar, klipp i perineum, avvikande bjudning, stort huvudomfång > 35 cm samt kort perineum hos förstföderskor (Ekéus, Nilsson & Gottvall, 2008; Hauck, Lewis, Nathan, Ehite & Doherty, 2014; Geller et al., 2014). Lång krystningsfas och uttalat ödem i bäckenbottenvävnaden har även setts öka risken (Samuelsson, Ladfors, Wennerholm, Gåreberg, Nyberg & Hagberg, 2000). Värkstimulerande dropp ökar risken för bristning, särskilt om det används under krystfasen (Samuelsson, Ladfors, Gåreberg Lindblom & Hagberger, 2002). Studier har även visat att det finns etniska skillnader och kvinnor med asiatiskt ursprung har en ökad risk att få en sfinkterskada (Davies-Tuck, Biro, Mockler, Stewart, Wallace & East, 2015; Ekéus et al., 2008).

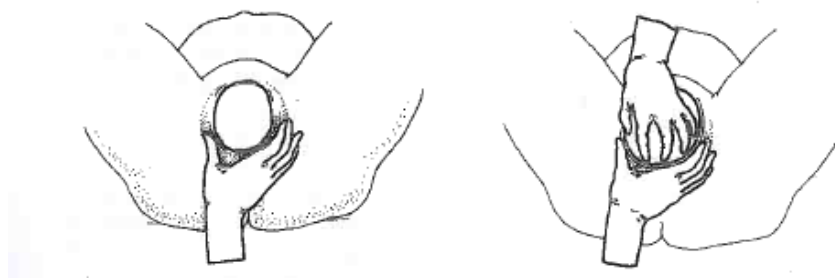
Kvinnor som fått en sfinkterskada upplever smärta efter förlossningen i högre utsträckning än kvinnor med intakt perineum eller en grad ett bristning (Andrews, Thakar, Sultan, Jones, 2008). Risken för anal-och urininkontinens ökar efter en grad tre eller fyra bristning (LaCross, Groff & Smaldone, 2015; Reid, Beggs, Sultan, Roos & Thakar, 2014; Scheer, Andrews, Thakar & Sultan,

2008). Kvinnor som fått en svårare bristning väntar längre med att återuppta sitt sexliv efter förlossningen och upplever oftare smärta vid samlag (Rådestad, Olsson, Nissen & Rubertsson, 2008). Priddis, Schmeid och Dahlen, (2014) beskriver att kvinnor som fått en sfinkterskada känner sig sårbara, utsatta samt upplever en känsla av kontrollförlust. En annan studie visar att kvinnor som drabbats av analinkontinsens efter förlossningen upplever känslor som ilska, sårbarhet, sorg och hopplöshet. Det påverkar deras vardag och de är tvungna att anpassa livet efter sin inkontinens. Kvinnorna saknar hopp över att återfå kontrollen över sin livssituation och de beskriver att de inte känner sig sexuellt attraktiva utan att de känner sig smutsiga och äckliga. De är rädda över att få avföringsläckage under samlag och känner en oro över hur deras parter skulle reagera. Det fanns även en rädsla inför kommande förlossningar (Tucker, Clifton & Wilson, 2014).

Förebyggande åtgärder

För att fosterhuvudet ska kunna passera slidöppningen, introitus, behöver mjukdelarna tänjas. Risk för bristningar i perineum finns om detta går för fort. Det är viktigt att barnmorskan har uppsikt över perineum och att hon och kvinnan har kontinuerlig kontakt och ett samarbete i samband med huvudets framfödande. Barnmorskan ska vara beredd på att manuellt styra framfödandet för att minska risken för allvarlig bristning (Nordström & Wiklund, 2008; Samuelsson & Hagberg 2001). Enligt en rapport från Svensk förening för obstetrik och gynekologi ger avsaknad av perinealskydd en ökad risk för sfinkterskada därför rekommenderas att hålla någon form av perinealskydd och att barnmorskan skall ha en god blick över perineum (Samuelsson et al., 2001). Det finns olika varianter på perinealskydd.

Det vanligaste handgreppet är att använda vänster hand på barnets huvud och med ett lätt tryck bromsa. Höger handflata hålls mot perineum och huvudet styrs uppåt och framåt. Barnmorskan kan även använda tumme och pekfinger för att samla in vävnad in mot mitten av perineum (Fig. 3). Det är också viktigt med ett kontrollerat framfödande av axlarna (Pirhonen, Grenman, Haadem, Gudmunsson, Lindqvist, Siihola, Erkkola & Marshall, 1998; Samuelsson et al., 2001).



Figur 3 Perinealskydd (Hogg, 2009).

Ett handgrepp som användes mer förr, är Ritgens handgrepp. Handgreppet är som ovan men den högra handens alla fingrar utom tummen, trycks in mellan spetsen av svansbete och anus för att få grepp om barnets haka (Samuelsson et al., 2001).

Barnmorskor har vidare beskrivit andra metoder för att skydda perineum från att skadas som varma handdukar/kompresser, olika förlossningsställningar samt att genom kommunikation guida kvinnan genom krystfasen (Est, Lau & Biro, 2014). I en Cochranestudie har man granskat forskning om tekniker för att minska skador på perineum under utdrivningsskedet och man fann att antalet grad tre och grad fyra bristningar minskade med hjälp av varma kompresser mot perineum. Det fanns inga signifikanta skillnader i sfinkterskador om man använde sig av perinealskydd med händerna (hands-on) eller utan händer (hands-off). Man fann däremot att massage mot perineum ger lägre antal grad tre och fyra bristningar mot att inte använda något perinealskydd (hands-off) (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinart, 2011).

Vilken förlossningsposition som är mest fördelaktig för att minska risken för bristning är oklar. Om kvinnan i utdrivningsskedet ligger i gyn position eller har en huksittande position ökar risken för en sfinkterskada (Gottvall, Allebeck & Ekéus, 2007). Knästående kan ha en skyddande effekt på perineum (Altman, Ragnar, Ekström, Tydén & Olsson, 2007). Sidoläge ger mindre upphov till sfinkterskador i jämförelse med gynläge (Meyvis, Van Rompaey, Goormans, Truijen, Lambers, Mestdagh & Mistiaen, 2012).

Barnmorskans roll

Barnmorskans arbete regleras av 13 lagar och förordningar och ska präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. I barnmorskans yrkesutövning ingår förebyggande såväl som sjukvårdande åtgärder. Barnmorskan ska självständigt handlägga normal graviditet förlossning

och eftervård samt ge vård av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Hon ska kunna identifiera, dokumentera och rapportera negativa tillbud i samband med vård och behandling (Socialstyrelsen, 2006). I barnmorskans internationella etiska kod står även skrivet att barnmorskan ska använda sina professionella kunskaper för att stärka en säker förlossningshandläggning i alla miljöer och kulturer (Barnmorskeförbundet, 2009).

Att arbeta inom vården kan innebära högt tempo, tidspress och stor arbetsmängd. Det kan vara svårt att få tid till reflektioner. För att kunna arbeta på ett sätt som främjar hälsa behövs utrymme för att lära nytt och genom dialog finna lösningar i olika situationer (Vårdförbundet, uå). Idag saknas nationella riktlinjer i Sverige om perinealskydd och hur vården ska förebygga allvarliga bristningar under förlossningen. Barnmorskor i Sverige har kritiserats för att inte hålla ett fullgott manuellt perinealskydd och att detta skulle kunna vara en förklaring till det stigande antalet sfinkterskador (Pirhonen et al., 1998).

Tidigare studier visar att barnmorskor upplever känslor av skuld och skam då kvinnan fått en sfinkterskada i samband med förlossningen. De försöker hantera dessa känslor och vill finna orsaker till varför skadan uppkom. Med rädsla för att bli dömda så vågar de inte dela med sig av sina upplevelser med andra. De upplever att de inte var tillräckligt kompetenta i sin yrkesroll då de inte kunnat förhindra att en grad tre eller fyra bristning. Att inte få stöd av sina kollegor bidrog till känslor av ensamhet och bekräftade känslan de själva hade av att vara oprofessionell. Studierna belyser vikten av att skapa en trygg arbetsplats där barnmorskor tillåts reflektera över och dela sina upplevelser med andra för att kunna utveckla sin profession (Edqvist, Lindgren & Lundgren, 2014; Lindberg, Mella och Johansson, 2013).

Teoretisk referensram

Karasek och Theorell (1990) har utvecklat ”Krav-kontroll-stöd” modellen. Den används framförallt av forskare som studerar psykosocial arbetsmiljö. Den bygger på tre begrepp; krav, kontroll och stöd. *Krav* kan innebära arbetsmängd, ansvar inför arbetsuppgiften, psykiskt påfrestande arbetsuppgifter och tidspress i arbetet. *Kontroll* innefattar möjligheten att kunna anpassa arbetstakten och arbetsmängden i arbetet. *Stöd* kan innebära avlastning, handledning, återkoppling på sin arbetsinsats och känna social gemenskap med arbetskamrater. Vidare beskriver modellen hur olika grader och kombinationer av krav, kontroll och socialt stöd kan förklara nivån av negativ stress som den anställde upplever. Enligt modellen är förhållandet mellan upplevda krav och upplevd kontroll i arbetssituationen avgörandet om arbetet leder till positiv eller negativ stress. En

hög nivå av krav i kombination med låg nivå av kontroll skapar ett tillstånd av negativ stress som på sikt kan leda till psykisk och/eller fysisk ohälsa. Socialt stöd anses ha en skyddande effekt på upplevd stress. En kombination av låga krav och låg kontroll gör att arbetstagaren känner sig understimulerad. Den mest fördelaktiga kombinationen för individen är ett arbete med höga krav och hög kontroll med bra socialt stöd.

Problemformulering

Antalet grad tre och fyra bristningar har de senaste decennierna ökat i Sverige. Komplikationer efter en sådan bristning kan ge svåra besvär och långvarigt lidande för kvinnan både fysiskt och psykiskt. Det ingår i barnmorskans ansvarsområde att kvinnan ska få en medicinsk säker vård och en positiv upplevelse i samband med graviditet och barnafödande. Barnmorskan i Sverige handlägger alla normala förlossningar och har ett stort ansvar gällande perinealskydd. Det finns få studier som belyser barnmorskans upplevelser, därför finns ett intresse av att beskriva barnmorskors erfarenheter av perinealskydd och hennes upplevelser av att ha bistått vid en förlossning där kvinna fått en grad tre eller fyra bristning.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av perinealskydd samt deras upplevelser då kvinnan drabbats av en grad tre eller fyra bristning i samband med förlossningen.

Metod

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. En induktiv ansats är passande när man undersöker fenomen som är otillräckligt beskrivna eller där kunskapen är delad (Elo & Kygnäs, 2007).

Definition av begrepp

För att få en språklig variation användes begreppen allvarlig bristning och svår bristning utöver grad tre och fyra bristning/sfinkterskada. I den här studien är betydelsen av dessa begrepp densamma. Begreppet perinealskydd kommer även att varieras med förebyggande av bristning.

Urval

Inklusionskriterier för denna studie var barnmorskor verksamma inom förlossningsvården med minst ett års erfarenhet. En bekant som arbetade på en förlossningsavdelning som barnmorska kontakades och fick muntlig information om studien samt tillfrågades om att delta och rekrytera

ytterligare två frivilliga barnmorskor till vår studie. När dessa tre barnmorskor accepterat deltagande bokades tid på förlossningsavdelningen för att utföra intervjuerna. I samband med detta skickades e-post till den berörda chefsbarnmorskan med information om studien och att vi hade en kontaktperson som hade hjälpt oss med rekryteringen (bilaga 1). Ytterligare en bekant barnmorska på en annan förlossningsavdelning kontaktades och fick skriftlig information via e-post samt tillfrågades om att delta och hjälpa oss att rekrytera ytterligare två frivilliga barnmorskor. När hon accepterat deltagande och rekryteringen var klar, bokades tid på förlossningsavdelningen för att utföra intervjuerna. I samband med detta kontaktades chefsbarnmorskan på avdelningen med information om studien per e-post. En tredje bekant som arbetar som barnmorska på en tredje förlossningsavdelning kontaktades med skriftlig information per e-post och tillfrågades om att delta. Den sista barnmorskan kontaktades via en mödravårdcentral där hon arbetade deltid, hon fick skriftlig information via e-post. Hon arbetade även som förlossningsbarnmorska på en fjärde förlossningsavdelning. Hennes chef på mödravårdcentralen kontaktes även hon via e-post då intervjun skulle genomföras på den arbetsplatsen. Totalt rekryterades åtta barnmorskor från fyra olika förlossningsavdelningar. Alla barnmorskor var kvinnor och deras arbetslivserfarenhet var i genomsnitt 12 år (1-36 år).

Datainsamling

Datainsamlingen skedde mellan 150129–150205. Intervjuerna skedde på två förlossningsavdelningar, en på mödravårdscentral och en skedde i hemmet hos en av barnmorskorna. Barnmorskorna arbetar på fyra olika förlossningsavdelningar, dessa avdelningar skiljer sig gällande antal förlossningar per år, från ca 1400 per år till ca 6000 per år. Sex intervjuer genomfördes med båda författarna och två intervjuer skedde med en av författarna. Intervjuerna spelades in på ljudfil och var mellan 16 och 24 minuter långa. Uppgifter om deltagarnas erfarenhet och arbetsplats dokumenterades skriftligen innan inspelningen startade. Två huvudfrågor ställdes, ”Vad innebär perinealskydd för dig?” och ”Kan du berätta om ett tillfälle då en kvinna fått en grad tre eller fyra bristning”. Följfrågor ställdes till varje deltagare, till exempel, ”Kan du utveckla det?”, ”Hur kändes det?” (bilaga 2). Hur många följdfrågor som användes varierade mellan intervjuerna, från noll till elva följdfrågor. Utrymme för deltagarna att förtydliga sina svar gavs under hela intervjun. Författarna transkriberade materialet i sin helhet.

Dataanalys

Analysen skedde genom induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2003). Analysen genomfördes genomgående av båda författarna och texten lästes till och börja med ett flertal gånger i sin helhet. Med syftet, ”Barnmorskors erfarenheter av perinealskydd samt deras upplevelser då kvinnan drabbats av en grad tre eller fyra bristning i samband med förlossningen”

som utgångspunkt, valdes meningsbärande enheter ut. Enheterna kondenserades sedan ner till kortare, textnära meningar. De kondenserade meningarna märktes sedan med en kod som återspeglade det centrala budskapet. Analysen skedde med hjälp av en matris (tabell 2). Totalt identifierades 126 koder och dessa jämfördes flera gånger under analysens gång med ursprungliga intervjumaterialet och de meningsbärande enheterna för att kontrollera att dessa överensstämde. Koderna grupperades och de med lika innebörd hamnade i samma grupp. Detta resulterade i totalt 15 nya koder. Koderna sorterades till sju kategorier som bildade två teman.

Tabell 2 Analysprocessen, exempel meningsbärande enheter till kod

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod
Perinealskydd för mig betyder att försöka förhindra en stor bristning under framfödandet och det kan man göra på olika sätt.	Perinealskydd betyder att förhindra en stor bristning.	Förhindra bristning
Perinealskydd för mig det är att kommunicera med kvinnan, att ta det lugnt. Att låta henne föda så långsamt det är möjligt för att vävnaderna ska hinna töjas.	Perinealskydd är att kommunicera, att föda så långsamt som möjligt.	Kommunikation för ett långsamt framfödande
Där jag jobbar så känner jag inte att det är någon som dömer en, då det händer oss alla och då känns det bättre på något vis, men det är klart att man tänker hon kommer aldrig att glömma mig.	Ingen dömer mig, det händer alla. Men hon kommer aldrig glömma.	Det händer alla
Det var en jobbig känsla att jag hade orsakat henne den här skadan, fast jag pratade med mig själv att det hade kanske hänt ändå. Men det är ju den här känslan, att jag hade gjort det.	Det var en jobbig känsla att jag hade orsakat henne den här skadan.	Skuldkänslor

Etiska överväganden

Informerat samtycke (bilaga 3) delgavs samtliga deltagare både muntligt och skriftligt. Samtycket innehöll information om studien samt information om frivillighet och rätten att avsluta deltagandet när som helst (Kjellström, 2012). Intervjutexten kan inte sammankopplas med enskild deltagare. Endast författarna har haft tillgång till intervjumaterialet som arkiverats. Deltagarna informerades om att eventuella oidentifierade citat kunde förekomma i resultatet. Detta gjordes för att stärka konfidentialiteten (Kjellström, 2012).

Resultat

Det centrala innehållet som framkom under analysens gång bildade sju kategorier med två övergripande teman, dessa presenteras i tabellen nedan. Dessa två teman speglar kategorierna och resultatet presenteras under respektive tema med tillhörande kategorier.

Tabell 3 Översikt resultat. Teman med kategorier.

Tema	Kategori
Handgreppets betydelse spelar en mindre roll	Kommunikation för ett långsamt framfödande
	Att styra framfödandet med hand och blick
	Gynnsam förlossningsställning
	Avsaknad av riktlinjer
Att söka förklaring till varför det hände för att hantera situationen	Att känna skuld och försöka förstå
	Finna orsaker och arbetsmiljöns betydelse
	Strategier för att hantera

Handgreppets betydelse spelar en mindre roll

Kommunikation för ett långsamt framfödande

Det mest centrala under förlossningen upplevde barnmorskorna var kommunikationen mellan henne och den födande kvinnan. Kommunikationen var ett av de viktigaste verktygen för att framfödandet inte skulle gå för fort. De flesta informerade kvinnan redan tidigt i förlossningen hur kommunikationen skulle ske under krystningsfasen. Några utav barnmorskorna var tydliga med att informera om att kvinnan och barnmorskan hade ett delat ansvar för att undvika bristning.

Barnmorskornas uppgift var att muntligt instruera kvinnan för att barnet skulle födas så långsamt som möjligt och kvinnans uppgift var att lyssna på barnmorskan och följa hennes instruktioner. Barnmorskorna informerade kvinnan om vikten av att lyssna på sin kropp, att följa krystkänslan och att låta slutskedet av förlossningen få ta tid. Hon bekräftade kvinnan i att hon gjorde rätt när hon följer sin egen kropp och hon ska lita på sin kropps förmåga att våga krysta efter egen känsla. De flesta barnmorskor beskrev hur betydelsefullt samspelet mellan barnmorskan och kvinnan var i krystskedet. Inget fick störa deras kommunikation, om kvinnan användes sig av lustgas så skulle den stängas av i detta skede, för att kvinnan skulle rikta all uppmärksamhet till sin kropp och till barnmorskan.

Jag brukar prata om det här att när det är dags att krysta, hur vi ska jobba för att hon ska lyssna på mig och följa sin egen känsla och framförallt under själva krystvärken, att hon ska försöka känna den där känslan, hur det känns när det trycker på och ja, och lyssna på den och sen ibland så måste man ju själv då hjälpa till och stötta henne i det här, hur hon ska höra på vad jag säger. Att man går igenom tydligt det här att när jag säger till så att hon hör när jag säger att hon inte ska trycka på, utan andas (BM 2).

Att man får de att lyssna och en del gör det väldigt bra men att man får försöka motivera det genom att säga; Om du lyssnar lite på mig nu så kan vi försöka begränsa bristningen (BM 1).

Om kvinnan hade ryggbedövning som gjorde att hon inte kände krystkänslan tydligt så upplevde barnmorskorna att de behövde vara mer aktiva under krystskedet och instruera kvinnan i när och hur hon skulle krysta. Samma sak gällde om barnet behövde komma ut fortare och förlossningen behövde forceras.

Det fanns tillfällen då barnmorskorna inte behövde använda sig av sina händer som perinealskydd överhuvudtaget utan bara kunde använda sig av kommunikation för att bekräfta och uppmuntra kvinnan att hon gjorde rätt. Några beskrev att de hade förmågan att se och känna om perineum var eftergivligt och behövde då inte använda händerna som skydd. Det kunde även vara när kvinnan hade förmågan att flåsa och andas ut sina krystvärkar, följa sin kropp och låta livmodern pressa ut barnet.

Ja det händer ju om jag har en mångföderska på pallen och hon sitter där och man ser att hon bara stånkar fram barnet och jag ser att det ser väldigt fint ut, kanske bara håller handduken där så får barnet komma...det glider fram så bra, jag behöver inte styra det så mycket (BM 4).

Att styra framfödandet med hand och blick

Det mest grundläggande för att förebygga bristningar var att styra framfödandet av barnet så att det inte gick för fort så att vävnaderna skulle få tid att tänjas. Det gjordes inte bara genom kommunikation utan även genom olika åtgärder som handgrepp och värme. När barnmorskan använde sig av ett handgrepp så höll hon höger hand tryckt mot perineum, med tummen på ena

sidan av slidmynningen och resten av fingrarna på andra sidan. Vänster hand höll hon på barnets huvud för att kunna styra farten. Detta handgrepp användes inte rutinmässigt utan om behov fanns till exempel om perineum såg ansträngt ut eller vid forcerad krystning. Några beskrev att vad de gör med händerna på utsidan har mindre betydelse och om en skada uppkommer så sker den inifrån. En utav barnmorskorna använde sig av Ritgens handgrepp när perineum såg väldigt stramt ut eller när barnet behövde komma ut fort. Även om inte handgrepp mot perineum alltid användes så höll de flesta barnmorskorna vänster hand mot barnets huvud för att kontrollera hastigheten samt föra barnets huvud uppåt, bort från perineum. Barnmorskorna ansåg att det var viktigt att vara anpassningsbara gällande skydd av perineum, att man var aktivt seende inför kvinnan och situationen.

Att skydda kvinnans vävnader vid framfödandet av barnet för att minimera bristning. Jag tror att det allra, allra viktigaste för att minska bristning är ett långsamt framfödande, sen tror jag våra handgrepp spelar mindre roll så länge barnet föds långsamt, det är det, det handlar om (BM 3).

För att förebygga bristningar använde sig alla barnmorskor av varma, våta handdukar mot perineum för att öka genomblödningen. För att kunna identifiera en eventuell risk för bristning i perineum tog barnmorskorna bort handduken under värk för att få en god översikt. Några använde sig av mandelolja då de upplevde att huvudet gled fram lättare. Om kvinnan tidigare hade haft en allvarlig bristning så kunde barnmorskan ta in en kollega vid framfödande för att få ett par extra ögon och händer. Kollegan kunde fungera som ett vittne för att bekräfta det barnmorskan såg och gjorde.

Gynnsam förlossningsställning

För att förebygga bristning ansåg barnmorskorna att val av förlossningsställning hade betydelse. Information om vilka förlossningsställningar som de ansåg vara mest fördelaktiga gavs till kvinnan. Hon motiverades att föda i en upprätt ställning, dels för att minska risken för allvarligare bristning men även, för att några av barnmorskorna genom forskning, visste att kvinnorna känner sig mer delaktiga och upplevs då ha mer kontroll över sin förlossning. Upprätta förlossningsställningar framförallt fyrfota och knästående upplevde de flesta utav barnmorskorna som mest fördelaktiga. Framförallt för att få ett minskat tryck men även för att få en god översikt över perineum. Även sidoläge, framkom som en gynnsam ställning då den gav kontroll och god överblick för barnmorskorna. Pallen ansågs vara bra för huvudets nedträngande men att det kunde gå för fort och några av barnmorskorna ansåg att risken för en större bristning ökade framförallt hos förstföderskor.

Att få henne att föda i en ställning som är gynnsam... enligt min erfarenhet så är fyrfota, knästående eller sida de bästa ställningarna. Men främst fyrfota just för att då blir trycket mot perineum mindre, allt går liksom nedåt och man behöver inte tänka på att föra bort barnet från perineum (BM 8).

Jag hade en på pall och hon fick en stor bristning och då fick jag så här hata pallen känsla efter det... har sällan förlossningen på pallen men låter huvudet komma ner... en madrass framför pallen och sen får de bara så här falla fram på den... för då är hon ju på fyrfota och är så himla bra position (BM 6).

För att minska risken för svullna vävnader i underlivet så var det viktigt att inte kvinnans modernmun inte var fullt öppen för lång tid innan krystningen började. Att vara aktiv med kvinnan och byta ställning ofta var ett sätt att förebygga ett långdraget förlopp som i sin tur kunde leda till allvarliga bristningar. Att närvara på rummet upplevdes göra kvinnan trygg och på så sätt fortlöpte förlossningen bättre och blev inte långdragen.

Avsaknad av riktlinjer

Barnmorskorna beskrev sin arbetssituation, hur de jobbade självständigt, och en barnmorska beskrev att hon inte visste vad kollegorna gjorde för att förebygga bristningar. Ingen av barnmorskorna kände till att det skulle finnas några PM eller tydliga riktlinjer om perinealskydd på deras arbetsplats. Några nämnde att de hade en kultur och samsyn på arbetsplatsen om upprätta förlossningsställningar, varma handdukar och att kvinnans modernmun inte skulle vara fullt öppen i för många timmar. Vissa arbetsplatser hade återkommande utbildning i perinealskydd där de bland annat diskuterade senaste forskningen och tränade handgrepp. Det upplevdes värdefullt av barnmorskorna att tillsammans få möjlighet att diskutera och dela erfarenheter med varandra. Det blev då tydligt hur olika barnmorskor arbetar för att förebygga bristningar.

Man kan ju säga, att om det satt 15 barnmorskor därinne och lyssnade på det här kanske vi hade 10 olika sätt att hålla perinealskydd på, så det finns inget 100 rätt eller fel, utan jag tror att det viktiga är att man är aktiv och håller koll på perineum (BM 4).

Att söka förklaring till varför det hände för att hantera situationen

Att känna skuld och försöka förstå

När kvinnan hade fått en allvarlig bristning rannsokade barnmorskorna sig själva då de hade misslyckats med att skydda kvinnan från att brista. Barnmorskan gick i tanken igenom hela förlossningsförloppet för att försöka förstå varför bristningen uppstod och om hade kunnat göra något annorlunda. Även eventuella riskfaktorer, vilken ställning kvinnan födde i, hur vävnaden i mellangården såg ut i slutskedet av förlossningen, i vilken hasighet barnet kom ut och hur kommunikationen fungerade med kvinnan reflekterades kring. Några av barnmorskorna beskrev att om de hade forcerat i slutskedet av förlossningen och det blev en allvarlig bristning gick de igenom journalen och kurvan från fosterövervakningen för att se om det verkligen var nödvändigt att forcera. I början var känslor av skuld och en känsla av kontrollförlust vanliga. Flera barnmorskor beskrev den svåra känslan av att det var hon som hade orsakat kvinnan den här skadan.

Skuldkänslorna var gentemot kvinnan, att hon hade det jobbigt och att hon tvingades separeras från sitt barn för att åka till operation och sys. Kanske hade hon en lång återhämningsperiod framför sig. Några barnmorskor beskrev en stark rädsla när de såg att bristningen uppstod, den känslan fanns kvar även efter en längre tid. Om de inte hittade en uppenbar orsak till att det blev en stor bristning och de kände att de hade gjort allt rätt och inte hade sett några tecken på bristning, förstärktes känslan av kontrollförlust och de kände sig ”tagna på sängen”.

Jag tycker att jag gjort ett dåligt jobb kanske i första hand men sen måste jag kanske fråga mig vad hände och varför och allt det här. Sen kan jag ju tycka att det känns väldigt jobbigt kanske är det den här kvinnan som absolut inte vill ha en bristning och har skrivit det här långa brevet...och hamnar på operation och behöver sys där. Det finns ju så många faktorer i hur man mår i det här och inte bara hur jag mår. Jag kan ju alltid på något sätt hitta en ursäkt till varför det blev så här (BM 2).

Jag vet inte om det hade kunnat bli så mycket annorlunda om man gjort något annorlunda. Men helt plötsligt så kände jag att vad vet jag? Egentligen finns ingenting jag tror stämmer, stämmer liksom, sen släpper man ju det men det är förenat med mycket, mycket tankar (BM 5).

Hon fick en totalruptur och barnet vägde 6 kg och hon var förstföderska.....så det är en sån här grej jag aldrig glömmer, det var läskigt och jag blev själv väldigt rädd när jag såg hur stort huvudet var (BM 6)

En barnmorska kände inte särskilt mycket skuld i samband med en allvarlig bristning. Hon beskrev ett delat ansvar med kvinnan, att barnmorskan inte kunde ta på sig hela ansvaret själv. Hon tyckte synd om kvinnan men kunde ofta känna sig tillfreds med att hon hade gjort vad hon kunnat. Det fanns ingen anledning med att trycka ner sig själv för mycket.

Även om jag tycker synd om henne och mår dåligt, för ibland händer det ju att barnmorskor kommer ut och är helt förtvivlade över att det blev en sfinkter. Å jag känner inte så, jag gör inte det för hur, på vilket sätt skulle jag kunna gjort det bättre? (BM 7).

Finna orsaker och arbetsmiljöns betydelse

När barnmorskorna hade reflekterat över situationen och försökt förstå vad som hade hänt gick de vidare för att finna orsaker. Forcerat framfödande ansågs vara den största risken för att få en stor bristning. Om barnet hade visat tecken på att må dåligt så var forcering nödvändig och då var perinealskydd sekundärt. Men det hände att barnmorskorna kände rädsla eller oro för barnet vid krystskedet då hjärtljuden sjunker tillfälligt, vilket det normalt gör. Barnmorskorna kunde då föra en dialog med sig själva och fråga sig om hon verkligen behövde forcera. De ansågs värdefullt att kunna ta in en kollega på rummet för att få stöd och bekräftelse i att låta det gå långsamt om allt var normalt. Men det fanns sällan tid till det när det behövdes och rädsla kunde göra att barnmorskan forcerade krystningen i onödan.

Barnmorskorna tog även upp forcering på grund av stress som en riskfaktor. Att ha flera patienter samtidigt som behövde stöd eller att läkare och andra barnmorskor kom in och störde på rummet kunde upplevas som stressande. Flera av barnmorskorna beskrev att de kände sig övervakade. Det var inte ovanligt att läkare på expeditionen sett fosterövervakningen och knackade på dörren precis i framfödandet. Det kunde leda till att det blev stress inne på rummet och barnmorskan upplevde att hon inte kunde låta förloppet vara lugnt och tryggt längre, att hon inte kunde låta kvinnan föda som hon är kapabel till. Detta kunde leda till att barnmorskan forcerade framfödandet och det kunde i sin tur leda till att kvinnan fick en allvarlig bristning.

Jag tror att det kan bero på att vi har för bråttom liksom, om vi är stressade av CTG, att man tänker att oj den kurvan kanske ser... jag kanske måste skynda på lite här annars kanske knackar det på dörren snart och vad håller ni på med? Vad händer? Ska inte den här bebisen komma snart? (BM 3).

Instrumentell förlossning med sugklocka ansåg barnmorskorna ofta gav upphov till allvarligare bristning. Samarbetet med läkaren var inte alltid optimalt, kommunikationen kunde vara bristfällig och barnmorskorna ansåg att framfödandet med sugklocka ofta gick för fort. De kunde känna sig maktlösa i den situationen. Även om det fanns tillfällen då läkaren bad barnmorskan att hålla perinealskydd kände hon inte att hon hade kontroll över situationen för att kunna ge ett gott skydd. Ibland ifrågasatte barnmorskan för sig själv om sugklockan verkligen var nödvändig.

Barnmorskorna såg en risk med de kvinnor som haft en långdragen förlossning, som varat i många timmar, och som hade haft ryggbedövning och värkstimulerande dropp under lång tid. Där personen länge jobbat med kvinnan för att få förlossningen att gå framåt.

Dom här som hållit på länge, äldre, förstföderskor, kanske i första hand dom här som haft långa latenser, lång förlossning, mycket läkemedel, mycket stimulering. Alltså oxytociner och allting sånt här, en kropp som inte riktigt känns som att den vill föda barn. Det är precis som att ibland stretar allting emot och vi jobbar på och jobbar på (BM 1).

Strategier för att hantera

För att kunna hantera känslor av skuld, kontrollförlust och känslan av att inte ha gjort ett tillräckligt bra jobb så tog barnmorskorna stöd av sina kollegor. Endast en barnmorska ansåg att det inte var riktigt accepterat av omgivningen att kvinnan fått en sfinkterruptur. Övriga beskrev att de hade ett tillåtande klimat på sin arbetsplats, att de fick stöd och hjälp med att tillsammans gå igenom vad som hade hänt. Att kollegor kunde ge feedback och lyfta fram tänkbara orsaker och inte bara ge en klapp på axeln och säga ”du gjorde allt du kunde” ansågs vara värdefullt. Det var deras ansvar att skydda kvinnan från att brista och när det inte lyckades så ville barnmorskorna veta varför och lära sig, för att kunna göra det bättre i framtiden. De ansåg att det är viktigt att vi barnmorskor funderar

på vad vi gör och vad vi kan göra annorlunda då det finns kliniker i Sverige som har ett väldigt lågt antal sfinkterrupter. Men det framkom även att det var viktigt att inte låta sig nedslås, att inte ta på sig för stort ansvar för det går inte att få ned antalet till noll procent. Det var betydelsefullt för barnmorskorna att gå igenom processen, att gå till sig själv och försöka hitta orsaker till varför bristningen uppkom som ett led i hanteringen av situationen.

Jag tror det handlar mycket om kulturen där man jobbar också vad det är för typ av kultur hur man själv blir ifrågasatt eller hur mycket stöd man får när man har en patient som fått en stor bristning. Där jag jobbar så känner jag inte att det är någon som dömer en och det händer oss alla och då känns det bättre på något vis (BM 6).

Flera barnmorskor ansåg att det var lättare att hantera en bristning om de kände att de hade gjort allt de kunnat och att de inte hade kunnat göra något annorlunda. De uppgav att om de ansåg att de hade gjort allt rätt, framförandet var långsamt, kommunikationen med kvinnan var bra och barnmorskan hade god uppsikt över perineum, inga tecken till bristning fanns och det trots det blev en allvarlig bristning så upplevde de att de hade ryggen fri. Många gånger när de inte fann någon orsak och upplevde att de hade gjort allting rätt drogs slutsatsen att bristningen berodde på att kvinnans vävnader var sköra. Det var otur och inget de kunde göra något åt. Det var också lättare att gå vidare om det fanns en uppenbar anledning så som att barnet behövde komma ut fort och prioriterades framför kvinnans vävnader. En annan anledning kunde också vara att kvinnan inte lyssnade under krystskedet och tryckte på trots att barnmorskan uppmanade henne att bara andas.

Det känns inge bra. Även efter alla år så försöker man tänka att allt beror inte på mig...men jag tar fortfarande åt mig och tänker; vad kunde jag gjort annorlunda? Man rannsakar sig själv och känner sig som en bad girl det är ju inte accepterat att man har en sfinkter tycker jag.. och det är väl på ett sätt bra så att vi verkligen gör allt det vi kan för att det inte ska bli... (BM 7).

Barnmorskorna ansåg att diagnostiseringen av en allvarlig bristning idag är god och att slutresultatet blir bra. Denna vetskap gjorde det lättare för barnmorskan att hantera de skuldkänslor hon kunde känna gentemot kvinnan. Med vetskap om att det finns stora chanser att läka bra var det lättare att informera kvinnan om att hon fått en allvarlig bristning som behövde sys på operation. Det var tråkigt för kvinnan i stunden men i slutändan skulle det bli bra. Några antog att dessa kvinnor som sys på operation sällan får besvär på lång sikt.

Diskussion

Resultatdiskussion

För att förebygga bristning var det centrala enligt barnmorskorna i vår studie att framfödandet skedde så långsamt som möjligt. Det främsta verktyget för ett långsamt framfödande var kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan. Detta var särskilt viktigt under krystfasen. Kommunikationen skedde dock genom hela förlossningsförloppet. Under sista delen av förlossningen var det av stor betydelse att barnmorskorna bekräftade kvinnan i att hon gjorde rätt och uppmuntrade henne till att följa sin krystkänsla. I en studie av Borders, Wendland, Haozous, Leeman och Rogers (2013) beskrivs också att barnmorskor under krystfasen bekräftar kvinnan och instruerar henne i hur hon ska andas och trycka på försiktigt. I studien av Bordes et al. (2013) samt i denna studie framkom det också att barnmorskorna behövde vara mer aktiva om kvinnan hade en ryggbedövning, de kvinnor som inte hade ryggbedövning klarade i högre utsträckning att krysta spontant. Ett bra samarbete mellan barnmorska och kvinna har setts minska risken för bristning (Samuelsson et al., 2002).

Barnmorskorna använde sig inte rutinmässigt av ett handgrepp för att hålla perinelaskydd. De flesta styrde farten med vänster hand på barnets huvud samtidigt som de kommunicerade med kvinnan för att få henne att inte trycka på för mycket. Handgrepp användes mer vid behov då perineum såg stramt ut eller visade tecken på att bristning kunde ske. En studie visar att barnmorskor använder sig av hands-on eller hands-off beroende på den kliniska situationen och beskriver att de använder sig av olika tekniker för att minska bristning under förlossningen (Est et al., 2014). I en Cochrane studie beskrivs svårigheterna med att definiera de olika teknikerna för perinelskydd, men gemensamt för perinealskydd är att få ett långsamt och kontrollerat framfödande av huvudet. Hands-off kan variera, det kan vara att inte ha någon hand på perineum tills huvudet är i genomskärning för att sedan hålla händer mot perineum eller inte använda några händer alls. Värme mot perineum motverkar allvarliga bristningar (Aasheim et al., 2011). Samtliga barnmorskor i vår studie använde sig av värme.

I dag finns inte tillräcklig med entydig forskning om aktivt handgrepp under utdrivningsskedet har någon inverkan eller inte på antalet sfinkterskador. Den forskning som finns är motsägelsefull. En studie har visat att otillräckligt och icke rutinmässigt användande av perinealskydd ökar risken för sfinkterskador i jämförelse med att alltid använda sig av modifierat Ritgens handgrepp även kallat det finska handgreppet. En annan studie beskriver att användningen av ett manuellt perinealskydd med höger hand mot perineum minskar spänningen och trycket i huden. Detta skulle kunna leda till

att risken för allvarlig bristning minskar (Jansova, Kalis, Rusavy, Zemcik, Lobovsky & Laine, 2013; Pihonen et al., 1998). Andra studier har visat motsatsen, att hands-off teknik inte ökar risken för allvarliga bristningar det kan även leda till mindre antal klipp (Aasheim et al., 2011; McCandlish Bowler, van Asten, Berridge, Winter, Sames & Garcia et al., 1998; Rozita, Sussan, Yiong Hauk & Hamid Sharif, 2014).

De flesta utav barnmorskorna i vår studie förespråkade upprätta förlossningsställningar med uppsyn över perineum. Flera ansåg att pallförlossning kunde ge upphov till allvarliga bristningar framförallt hos förstföderskor. Det kunde gå för fort och barnmorskan hade inte alltid optimal uppsikt över mellangården. Att inte ha god översikt över perineum har visats öka risken för allvarlig bristning (Samuelsson, Ladfors, Wennerholm, Gåreberg, Nyberg & Hagberg, 2000). Majoriteten av barnmorskorna i vår studie ansåg att fyrfota var den mest gynnsamma ställningen då trycket mot perineum minskar samt att vävnaderna får tid att töjas då huvudet glider fram och tillbaka många gånger innan barnet föds. Detta betonas även av Zetterström (2008). Barnmorskorna i vår studie beskrev att nackdelen med fyrfota och knästående var att barnmorskan och kvinnan inte hade ögonkontakt vilket kunde påverka kommunikationen negativt. Forskningen går isär gällande vilken förlossningsställning som skulle kunna minska risken för allvarliga bristningar. Studier har visast att knästående kan ha en skyddande effekt och att sidoläge ger mindre upphov till allvarliga bristningar i jämförelse med gynläge (Altman et al., 2007; Meyvis et al., 2012). En annan studie har dock visat att knästående förlossning eller förlossning på pall ökade risken för sfinkterskador mot att föda i vattnet eller på sida eller halvsittande. Dock var andelen klipp högre när kvinnan låg på sida eller halvsatt (Haslinger, Burkhardt, Stoiber, Zimmermann & Schäffer, 2014).

I vår studie framkom det hur barnmorskorna tog hänsyn till den kliniska situationen och vägde in eventuella riskfaktorer. Med den kliniska erfarenheten gjordes bedömningen om vilka förebyggande åtgärder som behövde tas. Svenska barnmorskor har kritiserats för att inte alltid hålla ett manuellt perinealskydd under utdrivningsskedet (Pirhonen et al., 1998). Handläggningen av förlossningen i Sverige har förändrats under de senaste decennierna. Förr betonades vikten av perinealskydd med eller utan Ritgens handgrepp, detta var även tydligare i dåtidens barnmorskeutbildning. Synen på den födande kvinnan har sedan dess förändrats. Kvinnan har idag större möjlighet att bestämma hur hon vill föda sitt barn. Barnmorskan förlöser inte kvinnan utan har en mer handledande roll där kvinnan står i centrum. Det är positivt att kvinnan har fått mer möjlighet att bestämma själv hur hon vill föda men det har medfört att barnmorskorna har kritiserats för att ha en för passiv roll i förlossningens slutskede (Samuelsson et al., 2001; Samuelsson et al., 2000). Några av barnmorskorna i vår studie beskrev att vad de gör med händerna på utsidan spelar en mindre roll,

om en skada sker så sker det inifrån och det är inget som kan påverkas utifrån. De höll ett manuellt handgrepp mot perineum först när det såg tecken på att det kunde bli en bristning, att det började vitna, att en blödning uppkom eller att det såg stramt ut. Det kan vi uppleva som något tvetydigt, att anse att handgreppet har mindre betydelse, men ändå använda det som en sista utväg när en bristning är på väg att ske. Men det tyder på att även om barnmorskorna trodde mindre på handgreppets betydelse är de beredda att göra allt de förmår för att förebygga en allvarlig bristning.

I denna studie kände inte barnmorskorna till att deras klinik skulle ha något PM eller tydliga riktlinjer. Oftast fanns en samsyn på klinikerna gällande förebyggande av bristningar, men varje barnmorska hade ändå en egen syn på perinealskydd. Några kliniker hade återkommande utbildning i perinealskydd. Det saknas nationella riktlinjer för hur barnmorskor ska förebygga allvarliga bristningar i samband med förlossning. Barnmorskeförbundet har arbetat med att ta fram riktlinjer och en önskan finns om att socialstyrelsen skall göra riktlinjerna nationella men socialstyrelsen ser inget behov av det i dagsläget. I Norge har antalet sfinkterskador minskat kraftigt, från 4,5 % till ca 1 %, sedan ett interventionsprogram med utbildning, utfärdat av nationella födelserådet, införts på flertalet kliniker i landet. (Hals et al., 2010; Laine, Pirhonen, Rolland & Pirhonen, 2008). Detta visar att interventionsprogram och riktlinjer kan göra skillnad för att få ned antalen sfinkterskador.

Barnmorskorna i studien ansåg att det var viktigt att rannsaka sig själva efter att en kvinna fått en allvarlig bristning för att ha möjlighet att ta lärdom av situationen. De var medvetna om att klinikerna i Stockholm har en hög andel sfinkterskador och att det finns kliniker i Sverige som har en betydligt lägre andel. Efter att kvinnan fått en allvarlig bristning var känslor av kontrollförlust och skuld vanliga hos barnmorskorna. Hon rannsakade sig själv och försökte hitta en orsak till varför den uppstod. För att kunna acceptera och gå vidare reflekterade hon över händelsen och delade med sig av sin upplevelse till kollegorna. De flesta upplevde att de hade ett gott stöd av sina kollegor och ett tillåtande klimat på arbetsplatsen. De kände sig inte dömda av andra. Även om de till en början kunde döma sig själva så ansåg de att det kunde hända alla barnmorskor, att man inte var en dålig barnmorska för att kvinnan fått en sfinkterskada. I motsats till deltagarna i Edqvist et al., (2014) studie där barnmorskorna upplever att de skickliga barnmorskorna inte orsakar allvarliga bristningar. Barnmorskorna har svårt att öppna sig och dela med sig av sina känslor till andra med rädsla av att bli dömda. I Lindberg et al. (2013) upplever barnmorskorna att när stöd saknas av kollegor ökar känslan av isolering och känslan av att vara oprofessionell bekräftas. En del upplever att kollegor pratar bakom ryggen på dem. De saknar någon att diskutera och ventilerar händelsen med. Några barnmorskor i den studien misstänker att några kollegor mörkar sfinkterskador hos kvinnor för att inte bli utpekade och bidra till en siffra i statistiken (a.a.).

Även om barnmorskorna i vår studie kände skuld gentemot kvinnan var de trots allt noga med att inte trycka ner sig själva för mycket. De flesta ansåg att barnmorskan inte kunde ta all skuld, att de inte var helt ensamma i ansvaret att skydda kvinnan mot bristningar. Det var ett samarbete mellan barnmorska och kvinna, ansvaret var delat. Kommunikationen med kvinnan skulle fungera under hela förlossningen och det var viktigt att kvinnan kunde ta emot information och lyssna på barnmorskan. En studie visar att hemförlossnings barnmorskor anser att det är viktigt att inte bara skydda perineum under krystningsfasen utan under hela förlossningen. Detta görs genom god kommunikation, fysisk närvaro och mentalt samspel mellan barnmorskan och kvinnan.

Barnmorskorna fokuserar på att låta förlossningen få vara så naturlig som möjligt, att den ska få ta tid (Lindgren, Brink & Klinberg-Allvin, 2011). I resultaten av vår studie framkom det att flera barnmorskor upplevde en stress av att bli störda på rummet av läkare. Det gjorde att de inte kunde känna full närvaro och låta förlossningen ta den tid den behövde utan forcerade förloppet i onödan för att slippa bli störda.

Det verkade vara av stor betydelse för barnmorskorna i vår studie att ha en orsak för att kunna hantera händelsen och gå vidare. Om en allvarlig bristning uppstod och barnmorskorna inte fann en orsak så drogs slutsatsen att det förmodligen berodde på kvinnans vävnader. Barnmorskorna kunde finna tröst i att kvinnan blev väl suturerad på operation och hon tänkte att kvinnan skulle bli återställd. Det var även en trygghet för barnmorskan att informera kvinnan om att det skulle bli bra ändå. Enligt Lundgren et al., (2013) mådde barnmorskorna dåligt över att ha orsakat kvinnan fysisk smärta och eventuella inkontinensproblem i framtiden. I vår studie upplevdes barnmorskorna säkra på att kvinnan skulle bli återställd. En barnmorska nämnde att kvinnan kunde ha en svår läkningsperiod framför sig i övrigt antog alla att kvinnan inte skulle få några framtida besvär. Wegnelius och Hammarström (2010) fann att 54 % av kvinnorna som fått en grad fyra bristning hade besvär av någon form av analinkontinens tre till sex månader efter förlossningen.

Utifrån Karasek och Theorells (1990) modell kan man se att barnmorskornas *krav* är höga. Hon har psykiskt påfrestande arbetsuppgifter då hon känner ett stort ansvar att skydda kvinnan från att brista och samtidigt ansvara för att ha kontroll över barnets tillstånd under förlossningen. Barnmorskan saknar ofta *kontroll* över sin arbetssituation då hon kan ha för stor arbetsmängd samt arbetar under tidspress. Flera barnmorskor ansåg att kollegor, och då framförallt läkare kunde stressa dem så krystförloppet blev forcerat och kvinnan fick en allvarlig bristning. Läkare kunde oanmält plötslig knacka på dörren för att de ansåg att fosterljuden såg dåliga ut. Barnmorskan visste i det här läget att barnet snart var ute och ansåg inte att hon behövde hjälp. Förloppet stressades då på i onödan.

Detta var tydligare hos de barnmorskor som arbetade på ett större sjukhus med många förlossningar än på de förlossningsavdelningar som var mindre med färre förlossningar och inte lika många födande per barnmorska. Vårdförbundet (u.å.) skriver att ett förhållningssätt och en öppenhet kring hur kompetens ska interagera och utnyttjas där de bäst behövs. Vi anser det viktigt att barnmorskor vågar lyfta dessa frågor och ställa krav på andra professioner hur ett bra samarbete ska fungera. Man skulle kunna tänka sig att nationella riktlinjer angående perinealskydd skulle öka känslan av kontroll då hon har något konkret att gå efter och luta sig emot. *Det sociala stödet* för barnmorskorna i vår studie var bra. De ansåg att de kunde reflektera och återkoppla med sina kollegor och att arbetsklimatet var tillåtande i den bemärkelsen. Däremot hade de flesta inte möjlighet att få stöd av en kollega på rummet för att få hjälp att tolka barnets hjärtljud och få bekräftelse i att kunna låta födandet gå långsamt.

Enligt ”krav-kontroll-stöd” modellen har barnmorskorna i vår studie höga krav, låg kontroll men ett bra socialt stöd. Socialt stöd anses ha en skyddande effekt och fungerar som en buffert mot negativ stress. Det påverkar hur individen påverkas av en stressande situation och individens reaktioner i form av känslor, handlingar och fysiologiska responser vid stress. I det yrket barnmorskor har kan det vara svårt att påverka arbetsmängden och kontrollen då vi aldrig kan förutspå hur en arbetsdag ser ut. En barnmorska kan känna en moralisk och etisk stress eftersom de kan känna att det inte kan uppfylla det som de själva anser att deras yrkesheder kräver. Det är därför av stor vikt att ha en god arbetsmiljö med tid för reflektion och ett gott socialt stöd.

Metoddiskussion

För att uppnå trovärdighet i en kvalitativ studie används begreppen tillförlitlighet, pålitlighet samt överförbarhet (Granheim et al., 2003).

Studiens syfte var att belysa barnmorskors erfarenheter av perinealskydd samt deras upplevelser då kvinnan drabbats av en grad tre eller fyra bristning därför valdes en kvalitativ intervjustudie.

Rekryteringen till studien skedde via för oss bekanta barnmorskor på förlossningsavdelningar. En fördel med att ta hjälp av någon man känner i samband med rekryteringen var att denna var väl motiverad att delta samt att under kort tid finna frivilliga barnmorskor med varierad arbetslivs erfarenhet. Dessa kontaktpersoner underlättade rekryteringen samt sparade tid för oss och för chefsbarnmorskorna som inte behövde hjälpa till med rekryteringen. Det hade troligtvis varit svårare att på så kort tid rekrytera tillräckligt med deltagare till studien. En etisk aspekt på att bli intervjuad av någon man känner, kan vara att barnmorskan känner sig hämmad att berätta om sina

upplevelser om ett känsligt ämne som vi anser att detta är. Men det kan å andra sidan vara lättare att öppna sig för någon man känner.

Inklusionskriterierna till studien var att barnmorskan skulle vara verksam inom förlossningsvården och ha minst ett års erfarenhet. Inga andra kriterier så som ålder och kön ansågs vara av betydelse. Efter att intervjuerna var genomförda framkom det att flera av deltagarna inte hade haft någon erfarenhet av en allvarig bristning på lång tid. Detta gjorde det svårt för dem att berätta om upplevelsen kring en specifik händelse i detalj vilket kanske gjorde materialet mindre känslorikt, barnmorskorna hade hanterat situationen och kunnat gå vidare. Barnmorskorna i vår studie upplevde inte så mycket känslor av skam och hade lättare att vända sig till sina kollegor för stöd till skillnad från barnmorskor andra liknande studier (Edqvist et al., 2014; Linberg et al., 2013). Vårt resultat hade kanske blivit annorlunda om ett inklusionskriterie hade varit att barnmorskor som haft en förlossning då en kvinna drabbats av sfinkterskada det senaste halvåret. Vi antog att barnmorskor som är verksamma inom förlossningsvården är med om allvarliga bristningar oftare än de var. Det kan även vara så att de barnmorskor som valde att delta i studien inte hade varit med om så många tillfällen då kvinnan fått en sfinkterskada eller att barnmorskor som nyligen varit med om detta inte ville dela med sig av sina upplevelser.

Antalet valda deltagare anses vara rimligt för att kunna svara på studiens syfte och med tanke på den avsatta tiden. Intervjuerna var relativt korta men innehållet anses vara fylligt och svarade väl på syftet med studien. Variationen i data samt varierande arbetserfarenhet bland barnmorskorna styrker studiens tillförlitlighet. Ytterst lite material sorterades bort inför analysprocessen. Uppgifterna om deltagarnas yrkesverksamma år var inte med på ljudfilerna utan dokumenterades skriftligen på separat papper.

Tre av intervjuerna på en utav förlossningsavdelningarna fick genomföras i personalrummet då ett lämpligt samtalsrum inte fanns att tillgå. Intervjupersonerna kunde därför inte tala ostört, vilket kan ha påverkat innehållet i deras intervjumaterial. Under en av dessa intervjuer kom flera personer in i rummet för att hämta saker, vilket störde mycket. Vid denna intervju behövde vi ställa flest följdfrågor vilket vi kopplar till att intervjun blev störd. Den intervjun där inga följdfrågor användes utfördes hemma hos en barnmorska vilket kan visa på miljöns betydelse.

Tillförlitligheten styrks av att båda författarna läst och analyserat texten tillsammans och fört en diskussion om tolkningen av texten. Författarna har under analysens gång gått tillbaka till intervjumaterialet för att se att inget utesluts samt för att uppnå konsensus. Då texten bearbetats upprepade gånger har koder och kategorier framtagits som väl täcker materialet. Citat har använts för att styrka innehållet av resultatet.

Pålitligheten i kvalitativ design visas genom att forskaren är flexibel inför eventuella förändringar under datainsamlingen. Två öppna huvudfrågor ställdes till alla deltagare. Efter de två första intervjuerna ändras en del av den första frågan för att försöka nå ett bredare svar. Till en början ställdes frågan: ”Vad betyder perinealskydd för dig?”, frågan ändrades sedan till ”Vad innebär perinealskydd för dig?” I efterhand tror vi dock inte att detta gjorde någon skillnad. Följdfrågor ställdes till de flesta deltagare för att få mer utförliga svar.

Författarna anser att denna studie troligen inte kan överföras till andra verksamma förlossningsbarnmorskor då resultatet gällande upplevelserna hos barnmorskor då en kvinna drabbats av en sfinkterskada skilde sig från andra studier som också var genomförda i Sverige. Det går inte säkert avgöra om individuella upplevelser går att överföra till andra individer, det måste ses i sitt sammanhang. Troligen kan erfarenheten av perinealskydd, hur barnmorskan förebygger bristning vara lättare att överföra till andra barnmorskor i samma kontext, då detta delvis är baserat på forskning och beprövad erfarenhet. Men även här kan variationer finnas över landet, då kultur och samsyn verkar skilja sig åt från sjukhus till sjukhus. Enligt Graneheim et al., (2003) är det främst upp till läsaren att avgöra överförbarheten.

Slutsats

För att förebygga en bristning var det mest centralt för barnmorskan att låta framfödandet gå så långsamt som möjligt. Detta skedde främst genom ett samspel mellan den födande kvinnan och barnmorskan. Kommunikationen och samarbetet med kvinnan i krystfasen var mer betydande än handgrepp. När en kvinna drabbats av en allvarlig bristning försökte barnmorskan förstå varför. Hon gick igenom en process. Från självrannsakan och skuld känslor till att hantera situationen och ta lärdom av den inför framtiden. En stödjande miljö är det mest grundläggande för att barnmorskan ska kunna gå vidare och utvecklas i sin yrkesprofession.

Förslag på vidare forskning

Nationella ritlinjer och tydliga PM saknas på klinikerna i denna studie. Vi anser att detta bör utfärdas för att ge barnmorskan något att luta sig mot. Mer forskning behövs om barnmorskans upplevelser då kvinnan fått en allvarlig bristning. Kunskap behövs om vad barnmorskan anser stör och stressar henne och kvinnan på rummet som kan leda till forcerat förlopp. Detta för att skapa en trygg arbetsmiljö och ge rätt stöd till barnmorskan och hennes utveckling inom yrket.

Referenser

Aasheim, V., Nilsen, ABV., Lukasse, M., & Reinart, LM. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Chochrane Database of systematic reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Altman, D., Ragnar, I., Ekström, Å., Tydén, T., & Olsson, S-E. (2007). Analsphincter lacerations and upright delivery postures- a risk analysis from a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 18(2), 141-146. DOI: 10.1007/s00192-006-0123-9.

Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A., & Jones, P. (2008). Evalutaion of postpartum perineal pain and dyspareunia- A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 152-156. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2007.06.005.

Barnmorskeförbundet. (2009). Den internationella etiska koden för barnmorskor. Hämtad 2015-02-02, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Borders, N., Wendland, C., Haozous, E., Leeman, L., Rogers, R. (2013). Midwives' verbal support of nulliparous women in second-stage labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(3), 311-320. DOI: 10.1111/1552-6909.12028.

Davies-Tuck, M., Biro, M-A., Mockler, J., Stewart, L., Wallace, E., & East, C. (2015). Maternal Asian ethnicity and the risk of anal sphincter injury. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(3), 308-315. DOI: 10.1111/aogs.12557.

Edqvist, M., Lindgren, H., & Lundgren, I. (2014). Midwives' lived experience of a birth where the woman suffers an obstetric anal sphincter injury – a phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(258). DOI: 10.1186/1471-2393-14-258.

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 Scandinavica*, 87(5), 564-573. DOI: 10.1080/00016340802030629.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Est, C., Lau, R., & Biro, M.A. (2014). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122-131. DOI: 10.1016/j.midw.2014.07.002.

Geller, E.J., Robinson, B.L., Matthews, C.A., Celauro, G.C., Crane, A.K., Ivins, A.R., Woodham, P.C., & Fielding, J.R. (2014). Perineal body length as a risk factor for ultrasound-diagnosed anal sphincter tear at first delivery. *International Urogynecology Journal*, 25(5), 631-636. DOI: 10.1007/s00192-013-2273-x.

Granheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Gottvall, K., Allebeck, P., & Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(10), 1266-1272. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x.

Hals, E., Øian, P., Pirhonen, T., Gissler, M., Hjelle, S., Nilsen, E.,...Pirhonen, J. (2010). A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstetrics & Gynecology*, 116(4), 901-908. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181eda77a.

Haslinger, C., Burkhardt, T., Stoiber B., Zimmermann, R., & Schäffer L. (2014). Position at birth as an important factor for the occurrence of anal sphincter tears: a retrospective cohort study. *Journal of Perinatal Medicine*, endast publicerad online. DOI: 10.1515/jpm-2014-0172.

Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I A. Kaplan., B. Hogg., I. Hildingsson., & I. Lundgren. (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s.245-301). Lund: Studentlitteratur.

Hauck, Y., Lewis, L., Nathan, E., White, C., & Doherty, D. (2014). Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. *Women and Birth*, available online 2014.12.01. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.10.007.

Jansova, M., Kalis, V., Rusavy, Z., Zemcik, R., Lobovsky, L., & Laine, K. (2013). Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 25(1), 65-71. DOI: 10.1007/s00192-013-2164-1.

- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Polen: Studentlitteratur AB.
- LaCross, A., Groff, M., & Smaldone, A. (2015). Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60 (1), 37-47. DOI: 10.1111/jmwh.12283
- Laine K., Pirhonen T., Rolland, R., & Pirhonen, J. (2008) Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *The American College of Obstetrics & Gynecology*, 111(5), 1053-1057. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31816c4402.
- Lindberg, I., Mella, E., & Johansson, J. (2013) Midwives' experiences of sphincter tears. *British Journal of Midwifery*, 21(1), endast publicerad online. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2013.21.1.7>.
- Lindgren, HE., Brink, Å., & Klinberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears- perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(6). DOI: 10.1186/1471-2393-11-6.
- Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning -forskning och erfarenhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E., & Norman, M. (2000). Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth*, 27(2), 79-85. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2000.00079.x
- McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., Garcia, J., Renfrew, M., & Eldbourne, D. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(2), 1262-1272. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x.
- Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdag, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth*, 39(2), 115-120. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x.
- Nordström, L., & Wiklund, I. (2008). Förlossningens fysiologi och handläggning. I H. Hagberg., K. Marsal & M. Westergren (Red.), *Obsterik* (s.91-100). Lund: Studentlitteratur AB.

- Pirhonen, JP., Grenman, SE., Haadem, K., Gudmundsson, S., Lindqvist, P., Siihola, S., Erkkola, RU., & Marsal, K. (1998). Frequency of anal sphinkter rupture at delivery in Sweden and Finland- result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77(10), 974-977. DOI: 10.1034/j.1600-0412.1998.771005.x.
- Priddis, H., Schmied, V., & Daheln, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(32). DOI: 10.1186/1472-6874-14-32.
- Reid, A., Beggs, A., Sultan, A., Roos, A-M., & Thakar, R. (2014). Outcome of repair of obstetric anal sphincter injuries after three years. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 127(1), 47-50. DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.04013.
- Rozita, R., Sussan, S., Yiong Hauk, C., & Hamid Sharif, N. (2014). A comparison of the "Hands-Off" and "Hands-On" Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clical Trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(6), 425-429. DOI: 10.1007/s13224-014-0535-2.
- Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x.
- Samuelsson, E., Ladfors, L., Gåreberg Lindblom, B., & Hagberg, H. (2002). A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81(1), 44-49. DOI:10.1046/j0001-6349.2001.10182.x.
- Samuelsson, E., & Hagberg, H. (2001). Profylax mot obstetriska analsfinkterskador. I *Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling*. Rapport nr: 46 (s.41-49). Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
- Samuelsson, E., Ladfors, L., Wennerholm, U.B., Gåreberg, B., Nyberg, K., & Hagberg, H. (2000). Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(7), 926-931. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11093.x.
- Scheer, I., Andrews, V., Thakar, R., & Sultan, A. (2008). Urinary incontinence after obstetric anal sphincter injuries (OASIS)- is there a relationship? *International Urogynecology Journal*, 19(2), 179-183. DOI: 10.1007/s00192-007-0431-8.
- Solum, T. (2008). Funktionell obstetrisk anatomi. I H. Hagberg., K. Marsal & M. Westergren (Red.), *Obsterik* (s.91-100). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2105-02-02, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Graviditet, förlossning och nyfödda*. Hämtad 2015-01-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>

Tucker, J., Clifton, V., & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), 377-381. DOI: 10.1111/ajo.12230.

Vårdförbundet. (u.å.). *Vårdmiljö & Arbetsmiljö*. Hämtad 2015-03-20, från <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Yrken-och-Vard-A-O/Vardmiljo--arbetsmiljo/>

Wegnelius, G., & Hammarström, M. (2010). Complete rupture of anal sphincter in primiparas: long-term effects and subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(3), 258-263. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2010.01037.x

Zetterström, J. (2008). *Regionalt vårdprogram. Prevention, diagnostik och behandling av obstetriska sfinkterskador*. Stockholms Läns Landsting. Hämtad 2015-03-11, från http://www.vardgivarguiden.se/global/01_behandlingsst%C3%B6d/2_vardprogram/rv_prevention_diagnostik_och_behandling_av_obstetriska_sfinkterskador.pdf

Bilaga 1



Ansökan om tillstånd att rekrytera barnmorskor till en intervjustudie

Vi är två studenter på barnmorskeprogrammet, termin 3, som just nu skriver vår magisteruppsats. Syftet med vår studie är att undersöka barnmorskans upplevelse av perinelaskydd och allvarliga bristningar.

Vi vill intervjua barnmorskor samt titta på aktuell forskning. Vad säger forskningen om perinealskydd? Vad gör barnmorskan och hur upplever hon allvarliga bristningar hos kvinnan.

Vi planerar att intervjua totalt sex - åtta barnmorskor på tre olika kliniker i Stockholm. Vi har tillfrågat X om att delta samt bett henne rekrytera ytterligare två barnmorskor hos er. Intervjuerna är planerade att göras hos er och beräknas att ta ca 30 min.

Intervjuerna sker enskilt med en barnmorska och studenter och innehåller öppna frågor med möjlighet till vidarutveckling av svaren. Varje intervju spelas in på ljudfil och transkriberas ordagrant. Intervjumaterialet kommer att kodas och hanteras endast av undertecknade och vår handledare.

Inklusionskriterier för deltagarna är barnmorskor som är verksamma inom förlossningsvården. Medverkan är frivillig och data kommer att hanteras anonymt. Informerat samtycke kommer att delges muntligt och skriftligt till deltagarna.

Vi hoppas detta godkänns av er, om inte så återkom gärna till oss. Vi bestämmer vidare tid med deltagarna när det passar att intervjua men planerar att komma ut slutet av v.5 samt under v. 6.

Ni är välkomna att höra av er till oss.

Jenny Britz jenny.britz-fohlstrom@stud.ki.se, 073-5100489

Tove Björkstrand tove.bjorkstrand@stud.ki.se, 073-7334263

Handledare är Mia Baramani, leg barnmorska, Med.Dr. Karolinska Institutet, Solna.

Bilaga 2

Intervjuguide

1. Vad innebär perinealskydd för dig?

Följdfrågor:

- Kan du utveckla det?
- Hur gör du rent praktiskt?
- Varför gör du på det sättet?
- Hur pratar du med kvinnan under förlossningen om skydd av perineum?
- Vid vilka tillfällen använder du dig inte av perinealskydd?
- Hur brukar ni göra här på kliniken?

2. Kan du berätta om ett tillfälle då en kvinna fått en grad III eller IV bristning? (Kan du berätta om ett tillfälle då du vårdat en kvinna med grad III eller IV bristning?)

Följdfrågor:

- Kan du utveckla det?
- Hur kändes det?
- Vad gör situationen lättare att hantera?
- Vad gör situationen svår att hantera?
- Varför tror du kvinnan drabbades?

Bilaga 3



**Karolinska
Institutet**

Informerat samtycke

Vi är två studenter på barnmorskeprogrammet som gör en magisteruppsats om barnmorskans upplevelser om perinealskydd och allvarliga bristningar.

Vi kommer att utföra en intervjustudie med sex-åtta barnmorskor där varje intervju sker enskilt med en barnmorska och studenter. Intervjun innehåller öppna frågor om ämnet med möjlighet att förtydliga svaren. Intervjun beräknas ta ca 30 min. Varje enskild intervju spelas in och kommer att transkriberas och kodas. Citat från intervjuerna kan förekomma i studien. Materialet kommer att hanteras konfidentiellt och vid sammanställande av resultatet kommer det inte vara möjligt att identifiera den enskilda informanten.

Deltagandet är frivilligt och du kan närsomhelst avbryta deltagandet utan att ange skäl för detta. Du tillfrågas härmed att delta i denna intervjustudie som ingår i vår magisteruppsats.

Kontakuppgifter:

Jenny Britz, Leg. Sjuksköterska

Barnmorskeutbildningen, Karolinska Institutet.

jenny.britz-fohlstrom@stud.ki.se

073-5100489

Tove Björkstrand, Leg. Sjuksköterska

Barnmorskeutbildningen, Karolinska Institutet

tove.bjorkstrand@stud.ki.se

073-7334263

Handledare:

Mia Baramani, Leg Barnmorska, Kvinnor och Barns hälsa.

Karolinska Institutet, Solna

mia.baramani@ki.se

Samtycke godkännes:

Ort: _____ Datum: _____

Deltagare: _____

Student: _____