



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: HK13

Barnmorskors diagnostisering och suturering av
grad I och II bristningar efter vaginal förlossning

Midwives' identification and suturing of first and second
degree tears after vaginal delivery

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2014

Författare:
Karin Tysk
Barnmorskestudent och leg. sjuksköterska

Catharina Valström
Barnmorskestudent och leg. sjuksköterska

Handledare:
Mia Barimani
Med. Dr

Examinator:
Wibke Jonas
Med. Dr

Sammanfattning

Bakgrund: Grad I och II bristningar är vanligt förekommande bland kvinnor som föder vaginalt och de handläggs ofta av en barnmorska. Det finns få riktlinjer som beskriver hur grad I och II bristningar ska handläggas. Studier visar att barnmorskor inte upplever sig trygga att handlägga bristningar. **Syfte:** Att kartlägga barnmorskors utbildning och handläggning av grad I och II bristningar på en förlossningsavdelning i Stockholm. **Metod:** En kvantitativ deskriptiv metod användes och en enkät besvarades av 63 barnmorskor på Danderyds sjukhus. Insamlad data analyserades i Microsoft Excel. **Resultat:** De flesta barnmorskor upplevde att de har tillräcklig kunskap att handlägga grad I och II bristningar trots att inte lika många upplevde att de kan identifiera och suturera de vävnader som kan ingå i en grad I och II bristning. Majoriteten av barnmorskorna använde inte den suturteknik som visat sig orsaka minst smärta för kvinnan första tiden efter förlossningen och nästan hälften använde en knyttteknik som inte rekommenderas av tillverkaren. **Slutsats:** Barnmorskor handlägger bristningar olika och de vill ha mer utbildning i suturering. Det behövs därför regelbunden fortbildning i suturering och riktlinjer på alla förlossningskliniker som beskriver hur grad I och II bristningar ska handläggas. Det behövs även ramar för vad som ska ingå i undervisningen i suturering på barnmorskeutbildningen på Karolinska Institutet.

Nyckelord: Grad I och II bristningar, diagnostisering, suturering av bristningar, barnmorskor, utbildning.

Abstract

Background: First and second degree tears are common among women after vaginal delivery. Perineal repairs are often performed by midwives. However, there are few guidelines describing the management of first and second degree tears. Several studies show that midwives do not feel confident in repairing vaginal lacerations. **Aim:** To identify midwives' education and management of first and second degree tears at one maternity ward in Stockholm. **Method:** Sixty-three midwives from Danderyds Hospital responded to a questionnaire. A quantitative descriptive method was used and data was analyzed using Microsoft Excel. **Results:** Most midwives felt that they had sufficient knowledge in repairing first and second degree tears after vaginal delivery. However, fewer midwives felt comfortable with identifying and suturing the tissue involved. The majority of midwives did not use the suturing technique that is associated with less short-term pain and nearly half of the midwives did not use the technique for knots that is recommended by the manufacturers. **Conclusion:** How midwives manage perineal repairs after vaginal delivery differs. Midwives also request more education in suturing. Therefore, extended training in suturing is necessary and guidelines on every maternity ward that describe how to deal with first and second degree tears are needed. With respect to midwives education at Karolinska Institutet, a clear theoretical framework needs to be developed in order to fulfill the intended learning outcomes of suturing.

Keywords: First and second degree tears, identification, perineal repair, midwives, education.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Kvinnans underlivsanatomi	1
Handläggning av grad I och II bristningar	2
Diagnostisering.....	2
Suturteknik- och material	3
Utbildning, fortbildning och riktlinjer.....	6
Kvinnors besvär och komplikationer vid grad I och II bristningar	7
Infektioner och hematom	7
Smärta i perineum	8
Sexuell funktion	8
Prolaps.....	8
Analinkontinens	9
Problemformulering	9
Syfte	9
Frågeställningar	9
Metod	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys	11
Etiska aspekter.....	11
Resultat.....	11
Antal arbetade år på förlossningsavdelning	11
Handläggning av grad I och II bristningar	12
Knytteknik.....	12
Knytteknik vid fortlöpande suturering	13
Suturteknik av vaginalbotten/vaginalfåror	14
Suturteknik av muskellager	15
Suturteknik av huden i perineum	16
Identifikation och suturering av m. bulbocavernosus och m. transversus perinei	17

Identifikation och suturering av den rektovaginala fascian.....	18
Suturering med ett finger i rektum vid större grad II bristningar	19
Kunskap att suturera grad I och II bristningar.....	20
Utbildning utöver barnmorskeutbildningen	21
Slutkommentarer	22
Diskussion	22
Resultatdiskussion.....	22
Metoddiskussion.....	25
Slutsats	26
Fortsatt forskning	27
Referenser.....	28
Bilaga 1	32

Bakgrund

I samband med vaginal förlossning kan bristningar i kvinnans underliv uppstå. Bristningarna delas in i grad I-IV beroende på hur omfattande de är (tabell 1).

Tabell 1 Indelning av bristningar enligt ICD-10.

Grad I	Bristningen involverar hud och/eller vaginalslemhinna.
Grad II	Som ovan men bristningen involverar även muskler i perineum.
Grad III	Som ovan men bristningen involverar även helt eller delvis den rektala sfinktern.
Grad IV	Som ovan men bristningen involverar även rektalslemhinnan (total sfinkterruptur).

I en äldre brittisk studie framkom att 85 procent av kvinnorna som födde vaginalt fick någon form av skada i underlivet och att 69 procent blev suturerade. Av kvinnorna som fick bristningar fick 66 procent en grad I eller II bristning och tre procent en grad III eller IV bristning (McCandlish et al., 1998). År 2013 födde 89 046 kvinnor vaginalt i Sverige (Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), 2013). I en svensk studie fick 56 procent av kvinnorna en grad I eller II bristning och tre procent en grad III eller IV bristning (Schytt, Lindmark & Waldenström, 2005). I Sverige saknas statistik över antal kvinnor som får en grad I eller II bristning i samband med vaginal förlossning men sedan några år tillbaka förs statistik över hur många kvinnor som årligen får en grad III eller IV bristning i bristningsregistret (Gynop, 2014). År 2013 resulterade 3,13 procent av de vaginala förlossningarna i Sverige i en grad III eller IV bristning (SFOG, 2013). Förutom att rapportera grad III och IV bristningar i bristningsregistret är det frivilligt för varje klinik att även rapportera hur många kvinnor som får en grad II bristning (Gynop, 2014).

Kvinnans underlivsanatomi

Då grad I och II bristningar huvudsakligen involverar vulva, vagina, perineum och muskler i perineum definieras främst dessa strukturer i det här avsnittet.

Vulva är en del av kvinnans yttre genitala och innefattar de inre och yttre blygdläpparna samt klitoris (Solum, 2008). I vulva finns vaginas mynning, även kallad introitus. Runt introitus

finns hymen som är ett slemhinneveck. Vagina kan beskrivas som ett elastiskt rör täckt av slemhinna. Den ligger i nära anslutning till rektum och skiljs åt av en skiljevägg som kallas *fascia rektovaginalis* (rektovaginala fascian) (Sundström Poromaa, 2010). Området mellan vaginas bakre mynning och anus kallas för perineum eller mellangården (Solum, 2008).

Bäckenbottens muskulatur består av *musculus transversus perinei profunda*, *musculus sphinkter uretrae*, *ligamentum transversum perinei*, *musculus levator ani* och *musculus coccygeus* (Solum, 2008). Bäckenbottens funktion är att ge stöd för inre organ och en eventuell graviditet samt att reglera avgång av urin och avföring. Perinealkroppen är en del av bäckenbotten mellan vagina och anus där flera viktiga vävnadsstrukturer möts, bland andra *musculus bulbocavernosus*, *musculus transversus perinei*, *musculus sphinkter ani externus* och *fascia rektovaginalis* (Zetterström, 2008). På grund av upphovsrättsliga skäl kan en illustration av bäckenbottens anatomi inte presenteras. Läsaren hänvisas till boken *Obstetrik*, s. 94, figur 6.5.

Handläggning av grad I och II bristningar

I den här studien syftar barnmorskans handläggning av grad I och II bristningar till barnmorskans diagnostisering och suturering av grad I och II bristningar.

Diagnostisering

I barnmorskans uppgift ingår att efter förlossningen inspektera kvinnans underliv för att identifiera samt bedöma omfattningen av eventuella bristningar. Med kvinnans tillåtelse inspekteras vaginalbotten, blygdläppar och perineum. Det är viktigt att barnmorskan har bra belysning, god uppsikt över kvinnans underliv samt att kvinnan är adekvat smärtlindrad. Palpation per rektum ska göras då kvinnan har en bristning i vaginalbotten och/eller perineum (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014; Sultan & Kettle, 2007). För att förhindra att gå för djupt i vävnaden vid suturering förekommer det att barnmorskor och läkare suturerar med ett finger i rektum (M. Edqvist, personlig kommunikation, 9 oktober 2014). I en brittisk studie framkom att 42,4 procent av barnmorskorna alltid utförde palpation per rektum i samband med diagnostisering. Det framkom även att bara 34 procent av barnmorskorna upplevde sig helt trygga att diagnostisera bristningar och att 21 procent upplevde sig helt trygga att suturera bristningar (Bick, Ismail, McDonald, Thomas, Tohill & Kettle, 2012).

God anatomisk kunskap krävs för att i så stor utsträckning som möjligt återskapa underlivets anatomi och dess funktion efter en bristning (Zetterström, 2008). Bland barnmorskor anses

kunskap i anatomi vara den viktigaste kunskapen vid suturering (Cioffi, Swain & Arundell, 2008). Bristfällig kunskap i anatomi bland läkare och barnmorskor har visats sig leda till tvivelaktig diagnostisering av bristningar (Zetterström, 2008). Det har visat sig att framför allt grad III bristningar felaktigt diagnostiserats som grad II bristningar (Zetterström, 2008; Lindgren et al., 2014). Andrews, Sultan, Thakar och Jones (2006) undersökte i en studie förekomsten av identifierbara samt ockulta grad III och IV bristningar. Resultatet visade att antalet upptäckta grad III och IV bristningar ökade från elva till 24,5 procent när kvinnorna som först undersökts av en barnmorska sedan undersöktes på nytt av en forskningsassistent. Det visade även att i stort sett alla grad III och IV bristningar som upptäcktes i efterhand, initialt hade diagnostiserats som grad II av barnmorskorna. Ingen av barnmorskorna i studien utförde rektal palpation då bristningen skulle bedömas. Författarna drog slutsatsen att förekomsten av ockulta grad III och IV bristningar var låg och att de grad III och IV bristningar som inte upptäcktes av barnmorskorna egentligen berodde på bristfälliga kunskaper i att identifiera bristningar.

Suturteknik- och material

Barnmorskan ansvarar för suturering av grad I och II bristningar medan grad III och IV bristningar ska sutureras av läkare. Suturering ska göras med god belysning, i en bra arbetsställning och i en för kvinnan så behaglig position som möjligt. Grad II bristningar ska i de flesta fall sutureras men grad I och II bristningar kan lämnas osuturerade om anatomin faller väl samman och i samråd med kvinnan (Lindgren et al., 2014). Bick et al. (2012) visade i en studie att 58 procent av barnmorskorna inte alltid suturerar grad II bristningar. I en studie av Fleming, Hagen och Niven (2003) framkom att kvinnor med grad I eller II bristning inte upplevde någon skillnad i smärta om bristningen suturerades eller inte. Däremot visade resultatet att de bristningar som suturerats hade läkt bättre sex veckor efter förlossningen än de som inte suturerats. Barnmorskans beslut att suturera bristningar eller ej styrs av olika faktorer så som blödning, bristningens lokalisation och omfattning, barnmorskans uppfattning om kvinnan samt barnmorskans egna förutsättningar. De faktorer som påverkar barnmorskans uppfattning om kvinnan är kvinnans förmåga till egenvård, om hon vill bli suturerad eller inte samt hur obehaglig hon upplever sutureringen. Barnmorskan tar även hänsyn till risken för att kvinnans underlivsanatomi inte ska bli återställd samt hur hennes sexliv kan påverkas av bristningen. Barnmorskans egna förutsättningar styrs av hur mycket tid hon har, hur arbetsbelastningen på arbetsplatsen ser ut samt hennes egen förmåga att handlägga

bristningen. Även risken att utsättas för nålstick i samband med suturering påverkar barnmorskans beslut (Cioffi et al., 2008).

Huvudregeln är att bristningar sutureras från botten upp mot hudytan, inifrån vagina och ut till introitus samt uppifrån introitus och ned till anus. Suturen sutureras med fem till tio millimeters mellanrum och ska inte dras åt för hårt. Främmande material orsakar svullnad och irritation i vävnaden och därför bör inte mer suturmateriel än vad som är nödvändigt användas (Hogg, 2009). Vid suturering av perinealkroppen kan både enstaka och fortlöpande suturer användas (Zetterström, 2008; Kettle & Fenner, 2007). Vaginalbotten sutureras vanligen med fortlöpande teknik och huden i perineum med fortlöpande subkutana suturer eller med enstaka transkutana suturer (Kettle & Fenner, 2007). Zetterström (2008) menar däremot att fortlöpande intrakutana suturer ska användas vid suturering av huden i perineum. Hogg (2009) rekommenderar att oerfarna barnmorskor bör suturera huden i perineum med enstaka suturer.

En Cochranestudie visade att bristningar i vagina, musklerna i perineum och huden i perineum som suturerats med fortlöpande suturteknik orsakade mindre smärta hos kvinnorna tio dagar efter förlossningen. I resultatet framgick även att metoden var mer kostnadseffektiv då den kräver mindre mängd material jämfört med då enstaka suturer används (Kettle, Dowswell & Ismail, 2012). Studier visar att kvinnor som suturerats med fortlöpande suturteknik var mer nöjda tre och tolv månader efter förlossningen än de som suturerats med enstaka suturer. En större andel av kvinnorna upplevde sig även återställda tre månader efter förlossningen (Kettle, Hills, Jones, Darby, Gray & Johanson, 2002; Morano, Mistrangelo, Pastorino, Lijoi, Costanini & Ragni, 2006). Kettle et al. (2012) drar slutsatsen att fortlöpande suturteknik bör användas i vagina och musklerna i perineum samt subkutant i huden i perineum då denna teknik är enkel att lära sig, är kostnadseffektiv samt orsakar mindre smärta hos kvinnan på kort sikt. Trots att forskning i över 70 år antytt att fortlöpande suturer är bättre än enstaka för att minimera smärtan hos kvinnor den första tiden efter förlossningen används inte fortlöpande teknik överallt (Kettle & Fenner, 2007). Orsaken till detta tros bero på att forskare bland annat haft svårt att nå ut med sin kunskap och att omfattande studier i området saknats samt att utövare i suturering har haft svårt att ta till sig en annan suturteknik (Kettle & Fenner, 2007).

En annan Cochranestudie visade att även valet av suturmateriel har betydelse för hur smärtsam kvinnan upplever bristningen tio dagar efter förlossningen. De kvinnor som

suturerats med syntetiskt resorberbart material upplevde mindre smärta och hade en lägre konsumtion av smärtlindring än de kvinnor som suturerats med biologiskt resorberbart material. Dock fanns ett ökat behov att avlägsna de syntetiska resorberbara suturerna jämfört med de biologiska eftersom de skapade obehag och inte resorberades snabbt nog. I en av studierna jämfördes resorberbara syntetiska suturer med snabbt resorberbara syntetiska suturer. Resultatet visade ingen skillnad avseende smärta men behovet att ta bort suturer var mindre bland de kvinnor som suturerats med snabbt resorberbart syntetiskt material. Författarna drar slutsatsen att syntetiskt resorberbara suturer ska användas vid suturering av bristningar eftersom det orsakar mindre smärta för kvinnan på kort sikt (Kettle, Dowswell & Ismail, 2010).

Suturer delas in i monofila och multifila. En monofil sutur är en enkel tråd och en multifil sutur består av flera hopflätade trådar. Multifila suturer är mjukare men drar åt sig mer vätska vilket ökar risken för infektion. Vicryl och Dexon är de vanligaste multifila syntetiska resorberbara suturerna som främst används vid suturering av vagina och muskellager i perineum. Rekommenderad knytteteknik för Vicryl är 1-1-1-1 och för Dexon 2-1-1. Knyttetechniken 1-1-1-1 innebär att fyra knutar med enkla omslag görs på varandra och knyttetechniken 2-1-1 innebär att tre knutar görs på varandra varav den första har dubbla omslag (Hogg, 2009). På grund av upphovsrättsliga skäl kan en illustration av knyttetekniker inte presenteras. Läsaren hänvisas till boken *Lärobok för barnmorskor*, s. 282, figur 6.45 B1 och 6.45 B2.

Till huden i perineum rekommenderas Vicryl rapid eftersom den resorberas snabbare och därmed minskar risken för obehag (Kettle et al., 2010; Hogg, 2009). Zetterström (2008) rekommenderar suturmaterialet Polysorb till muskellager i perineum och Caprosyn till huden i perineum. Polysorb är en multifil resorberbar sutur som liknar Vicryl och Caprosyn är en monofil resorberbar sutur (Covidien, 2014). På förlossningsavdelningen på Danderyds sjukhus (DS) används Polysorb från företaget Covidien (G. Machuca Munoz, personlig kommunikation, 29 september 2014). Covidien rekommenderar 1-1-1-1 eller 2-1-1-1 som knytteteknik för Polysorb. I en studie av Tidwell, Kish, Samora och Prud'Homme (2012) undersöktes knutsäkerheten hos fem olika suturmateriäl däribland Polysorb. Resultatet visade att minst fyra knutar (1-1-1-1) behövs för att garantera knutens hållbarhet.

Utbildning, fortbildning och riktlinjer

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Socialstyrelsen, 2006) och i Karolinska Institutets (KI) utbildningsplan för barnmorskeprogrammet (KI utbildningsplan, 2013) finns övergripande mål som handlar om vilka kunskaper och färdigheter barnmorskan ska inneha. I betygsunderlaget för verksamhetsförlagt utbildning i termin tre på barnmorskeprogrammet på KI finns mål för suturering. I dokumentet står att studenten ska ha kunskap och förmåga att:

- Självständigt identifiera och fastställa grad av bristning, kunna välja suturmaterial och ge adekvat anestesi. Självständigt suturera bristning grad I och II (KI betygsunderlag, 2013 s. 4).

Dock saknas kursmål som specifikt beskriver vilka kunskaper och färdigheter barnmorskestudenten ska uppnå i suturering. Det saknas även ramar för vad som ska ingå i undervisningen samt en klinisk examination.

På de flesta förlossningsavdelningar i Stockholm saknas riktlinjer för hur grad I och II bristningar ska handläggas. Endast BB Sophia och BB Stockholm har riktlinjer för detta (BB Sophia (G. Abascal, personlig kommunikation, 16 september 2014); BB Stockholm (H. Rittenberg, personlig kommunikation, 17 oktober 2014); Danderyds Sjukhus (DS) (G. Machuca Munoz, personlig kommunikation, 29 september 2014); Karolinska sjukhuset i Huddinge (A. Hedlund Svensson, personlig kommunikation, 17 oktober 2014) och Solna (E. Bratt, personlig kommunikation, 17 oktober 2014); Södersjukhuset (C. Olsson, personlig kommunikation, 16 september 2014)).

Barnmorskor inhämtar kunskap i suturering från litteratur, konferenser och workshops och erfarenhet i suturering genom ”learning by doing” och från personer som är skickliga att suturera samt genom att följa upp kvinnor som har blivit suturerade (Cioffi et al., 2008). Fortbildning i suturering kan anordnas internt på barnmorskans arbetsplats eller externt av till exempel sutureringsföretag eller av andra företag och organisationer. Ett av dessa företag är danska Gynzone. De har som mål att ge sjukvårdspersonal tillgång till den senaste forskningen och kunskapen i kvinnans reproduktiva hälsa så att alla kvinnor som föder vaginalt erbjuds professionell behandling. Företaget erbjuder konferenser, workshops och e-utbildning i suturering. I utbildningsformerna ingår teori och praktisk träning med hjälp av videofilmer och 3D-animationer (Gynzone, 2014). Även SFOG erbjuder sutureringskurser för

barnmorskor. Hösten 2014 anordnar SFOG en kurs i akut omhändertagande av förlossningsrelaterade bäckenbottensskador. Kursen innehåller seminarier, praktiskt träning på grispreparat och operationsfilmer. Målet med utbildningen är att öka barnmorskors kunskap och färdighet i att handlägga bristningar samt att belysa de konsekvenser som bristningar kan leda till (SFOG, 2014).

I en studie av Selo-Ojeme, Ojutiku och Ikomi (2009) fick barnmorskor delta i en endagsworkshop i suturering som innehöll teoretisk undervisning, visning av instruktionsfilmer och praktisk träning i knytteteknik, rätt handhavande av instrument samt träning av suturering i skinnbitar och oxtungor. I studien framkom att barnmorskorna efter workshopen hade ökat sin kunskap och färdighet i suturering jämfört med innan samt att barnmorskornas kunskap var bestående vid mätningar efter fyra månader. En brittisk studie från 2013 framkom e-utbildning ökar barnmorskors kunskap och skicklighet i suturering i lika stor utsträckning som vid traditionella utbildningsformer. Orsaken till detta är att e-utbildningar är mer tillgängliga än traditionella utbildningsformer (Mahmud et al., 2013).

Kvinnors besvär och komplikationer vid grad I och II bristningar

Bristningens omfattning, lokalisation och dess handläggning kan påverka i vilken grad kvinnor upplever sina besvär (Kettle & Fenner, 2007). Det är viktigt att återskapa de vävnader som ingår i en grad II bristning för att minska de framtida besvär som kvinnor kan drabbas av (Zetterström, 2008). Skador som involverar blygdläppar, främre delen av vagina, urinröret och klitoris förknippas sällan med allvarliga skador men långtidseffekten av skadorna är outforskade. Allvarligare skador kan dock uppstå om bristningen sker i vaginalbotten, muskler i perineum och/eller den rektala sfinktern (Kettle & Fenner, 2007). Då risken för besvär ökar med bristningens omfattning är det viktigt att bristningar diagnostiseras och sutureras rätt så att kvinnor med grad III bristningar inte handläggs felaktigt som grad II bristningar.

Infektioner och hematom

Om en bristning blir infekterad uppstår värmeökning, svullnad och smärta i området. Allvarliga infektioner i bristningar är dock ovanliga (Schytt, 2009). Bristningar som inte läker på grund av infektion kan göra att kvinnor upplever obehag och att upplevelsen av graviditet och förlossning påverkas negativt (Thakar & Sultan, 2007). Bristningar leder i vissa fall till hematom vilka även de kan orsaka smärta och svullnad (Schytt, 2009).

Smärta i perineum

Oavsett om perineum skadats eller inte i samband med förlossningen är det vanligt att kvinnor upplever smärta i underlivet. Större bristningar orsakar mer smärta än mindre bristningar.

Smärtan som uppstår vid inflammatoriska processer kan förvärras vid bland annat dålig suturteknik och aseptik. Smärtan i perineum är sällan långvarig utan avtar med tiden (Thakar & Sultan, 2007). Den kan inverka negativt på kvinnan och påverka hennes förmåga att hantera mödrskapet, amma och att utföra dagliga sysslor samt påverka hennes sexuella liv och relation till partnern (Kettle & Fenner, 2007).

I en studie av Macarthur och Macarthur (2004) undersöktes hur vanligt förekommande smärta i perineum är en dag, sju dagar samt sex veckor efter förlossningen. Resultatet visade att smärta i perineum var vanligare om bristningen var omfattande. Av kvinnorna med en grad I eller II bristning upplevde 95 procent smärta i perineum dagen efter förlossningen, 60 procent sju dagar efter förlossningen och fyra procent sex veckor efter förlossningen. Resultatet jämfördes med kvinnor som inte fick någon bristning. Bland dessa upplevde 75 procent smärta i perineum en dag efter förlossningen, 38 procent sju dagar efter förlossningen och noll procent sex veckor efter förlossningen.

Sexuell funktion

I en studie av Signorello, Harlow, Chekos och Repke (2001) undersöktes sambandet mellan bristningar och den sexuella funktionen efter förlossningen. Det framkom att bristningar var en av de vanligaste orsakerna till att tiden förlängdes innan samlivet återupptogs. Resultat visade att de kvinnor som fick en grad I bristning eller ingen bristning alls återupptog samlivet tidigare än de kvinnor som fått en grad II bristning. De kvinnor som fick en grad II bristning eller vars bristning suturerades upplevde mer smärta vid första samlaget efter förlossningen. Fler kvinnor med en grad II bristning hade även en sämre sexuell upplevelse och hade svårare att uppnå orgasm sex månader efter förlossningen jämfört med de kvinnor som fick en grad I bristning eller ingen bristning alls.

Prolaps

När skador i perineum, nedre delen av vagina och muskelvävnad uppstår i samband med vaginal förlossning ökar risken för att kvinnan drabbas av prolaps senare i livet. Prolapsen orsakas av en försvagning i bäckenbotten till följd av dessa skador och medför att kvinnan upplever en buktande tyngdkänsla. Kvinnan kan även få urinvägsbesvär och svårigheter att

tömma tarmen (Gunnarsson & Dahlgren, 2010). Klinisk erfarenhet har visat att skador på den rektovaginala fascian har betydelse för uppkomsten av prolaps men det saknas forskning som styrker detta (Zetterström, 2008).

Analinkontinens

Urin-, gas- och avföringsinkontinens kan ge långvariga problem och orsakas av skador på bäckenbotten och den rektala sfinktern i samband med vaginal förlossning (Marsal, 2008).

Analinkontinens orsakas inte enbart av bristningar utan beror även på att bäckenbotten försvagas under graviditeten. Risken för analinkontinens ökar vid grad III och IV bristningar vilket innebär att bristningens omfattning har betydelse. En sammanställning av flera studier där kvinnor med grad III och IV bristningar suturerats visade att 15-61 procent besvärades av gasinkontinens och 2-29 procent av avföringsinkontinens en till 30 månader efter förlossningen. Avföringsinkontinens vid samlag förekom hos 17 procent av kvinnorna (Sultan & Thakar, 2007).

Problemformulering

I stort sett alla bristningar bedöms initialt av en barnmorska och majoriteten av dem sutureras av en barnmorska. Forskning visar att barnmorskor inte känner sig trygga att bedöma och suturera grad I och II bristningar utifrån den utbildning de har. Den visar även att grad III bristningar i vissa fall felaktigt diagnostiseras som grad II bristningar och att en del grad II bristningar sutureras felaktigt eller lämnas osuturerade. Felaktig handläggning av bristningar kan orsaka besvär och onödigt lidande hos kvinnor. Det finns lite forskning om hur barnmorskor handlägger grad I och II bristningar samt vilken utbildning de har i ämnet utöver barnmorskeutbildningen.

Syfte

Att kartlägga barnmorskors utbildning och upplevelse av att diagnostisera och suturera grad I och II bristningar på en förlossningsavdelning i Stockholm.

Frågeställningar

Vilken suturteknik använder barnmorskor vid suturering av vaginalbotten/vaginalfårör, muskellager samt huden i perineum?

Hur bedömer barnmorskor sin förmåga att identifiera bäckenbottens anatomi?

Vilken utbildning i suturering har barnmorskor utöver barnmorskeutbildningen?

Metod

En kvantitativ deskriptiv metod användes då data från en större population skulle kartläggas.

Urval

Urvalet bestod av samtliga 64 barnmorskor, varav 61 arbetar kliniskt, på förlossningsavdelningen på DS i Stockholm (G. Machuca Munoz, personlig kommunikation, 29 september 2014). Alla barnmorskor som arbetade på avdelningen erbjöds att delta i studien. År 2013 föddes 6816 barn på denna förlossningsavdelning och av dessa föddes 5167 vaginalt (SFOG, 2013). En journalgranskning i Obstetrix visade att 75-77 procent av alla förstföderskor på DS 2012 fick en grad I eller II bristning (M. Edqvist, personlig kommunikation, 5 september 2014).

Datainsamling

Data har samlats in med hjälp av en enkät (bilaga 1). Enkäter möjliggör en strukturerad insamling där data är enkel att sammanställa (Giddens, 2007). Enkäten innehöll 13 frågor relevanta för studiens syfte och den utformades med hjälp av det webbaserade frågeformulärverktyget SurveyMonkey av Malin Edqvist som är legitimerad barnmorska och doktorand. Alla frågor utom en hade färdiga svarsalternativ som gav deltagarna möjlighet att välja det alternativ som överensstämde bäst. På de flesta av frågorna fick bara ett alternativ väljas. I sju av frågorna hade deltagarna även möjlighet att skriva till ett eget svarsalternativ om inget av de övriga alternativen ansågs stämma. Fyra av frågorna var formulerade som påståenden där deltagarna kunde välja mellan *stämmer helt*, *stämmer delvis*, *stämmer inte särskilt bra* och *stämmer inte alls*. En av frågorna i enkäten gav deltagarna möjlighet att uttrycka sig fritt kring suturering. När frågor till en enkät skapas ska de genomgå ett visst antal steg innan de används (Billhult & Gunnarsson, 2012). För att säkerställa att frågorna i enkäten var relevanta och inte missförstods testades enkäten vid två olika tillfällen på totalt sex barnmorskor från en annan klinik. Därefter reviderades vissa frågor. Alla verksamma barnmorskor på förlossningsavdelningen på DS fick i samband med klinikens tre planeringsdagar under september månad 2014 besvara enkäten i pappersform. Billhult och Gunnarsson (2012) rekommenderar en svarsfrekvens på minst 70 procent för att resultatet ska bli tillförlitligt. Enkäten distribuerades som en gruppenkät för att öka förutsättningarna för en

hög svarsfrekvens. En gruppenkät innebär att enkäten delas ut i en grupp men besvaras individuellt (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Dataanalys

Data samlades in och registrerades fortlöpande i dataprogrammet Microsoft Excel vilket är ett av de dataprogram som rekommenderas vid inmatning av enkäter (Billhult & Gunnarsson, 2012). I samband med insamlingen fick varje enkät ett löpnummer för att kunna identifieras. Detta minskar risken för att data blandas ihop eller dubbeldokumenteras (Ejlertsson, 2005). Därefter registrerades enkäterna i Microsoft Excel och inmatningen kontrollerades två gånger för att säkerställa att den blivit korrekt gjord. Data sammanställdes sedan i Microsoft Excel och resultatet presenterades deskriptivt i diagram och i löpande text utifrån rubrikerna: *antal arbetade år på förlossningsavdelning, handläggning av grad I och II bristningar och utbildning utöver barnmorskeprogrammet*. Av de barnmorskor som besvarat enkäten hade 25 av dem lämnat fler svar än tillåtet eller inte svarat alls på en eller flera frågor. Data från dessa frågor exkluderades då resultatet sammanställdes.

Etiska aspekter

Deltagare i en studie ska ge sitt samtycke till att delta. För att kunna göra detta ska de få skriftlig och muntlig information om studien på ett sådant sätt att de har förmåga att förstå samt fatta beslut om att delta eller ej. Deltagaren ska även få information om studiens syfte och innebörden av att medverka i studien. Att delta i en studie är frivilligt vilket innebär att deltagaren inte ska känna sig utsatt för lockelser, hot eller tvång (Kjellström, 2012). Då handläggning av grad I och II bristningar ingår i barnmorskans arbete på förlossningsavdelning och det ligger i arbetsgivarens intresse att undersöka detta har inget samtycke från deltagarna i studien inhämtats.

Resultat

Totalt besvarades enkäten av 63 (98,43%) av de 64 barnmorskor som deltog under de tre planeringsdagarna i september 2014.

Antal arbetade år på förlossningsavdelning

Av de barnmorskor som svarade på enkäten hade 14 (22,58 %) arbetat kortare tid än två år, tolv (19,35 %) 2-5 år, nio (14,52 %) 6-10 år, 19 (30,65 %) 11-20 år och åtta (12,9 %) i mer än

20 år (diagram 1). Arbetade år på förlossningsavdelning varierade mellan tre månader och 39 år bland barnmorskorna.

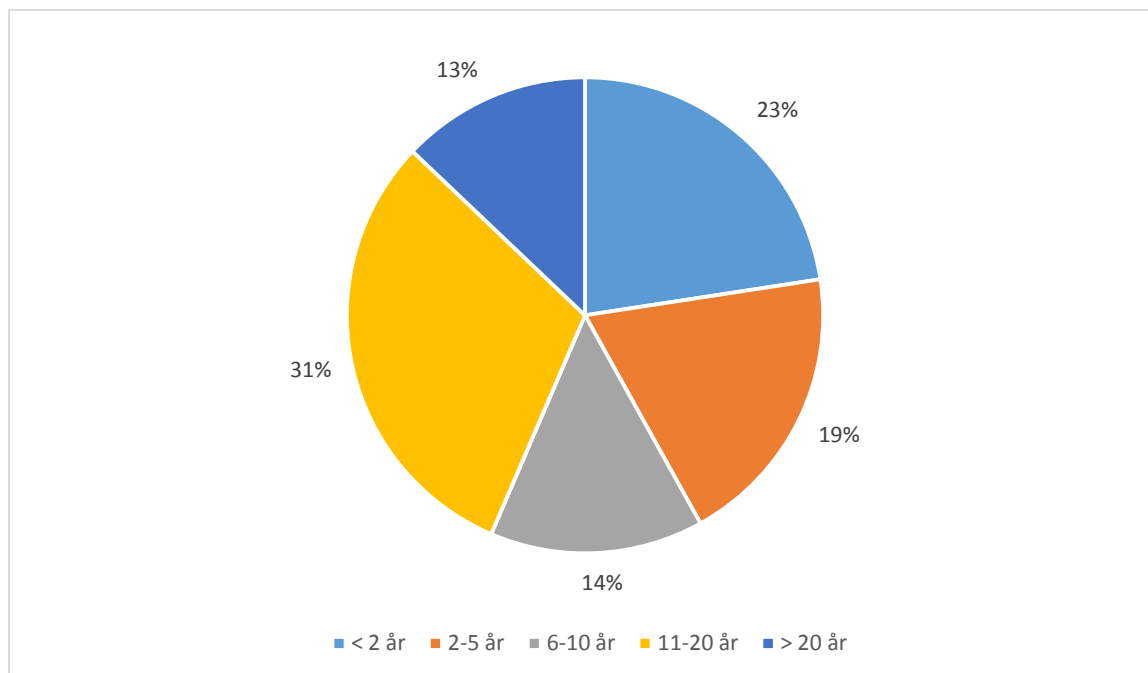


Diagram 1. Diagrammet visar en procentuell fördelning över antal år barnmorskorna arbetat på förlossningsavdelning (n=62).

Handläggning av grad I och II bristningar

Knytteknik

Barnmorskorna tillfrågades vilken knytteknik de använder vid suturering. Av de som svarade angav 30 (48,39 %) att de använder 2-1-1, tio (16,13 %) att de använder 1-1-1-1, 20 (32,26 %) att de använder 2-1-1-1 och två (3,23 %) att de använder ett annat alternativ (diagram 2).

Val av knytteknik varierade mellan barnmorskorna oberoende av hur länge de arbetat på förlossningsavdelning. Den vanligaste knyttekniken bland barnmorskor som arbetat mindre än sex år och mer än 20 år var dock 2-1-1 och bland de som arbetat 6-20 år var 2-1-1-1 den vanligaste knyttekniken (diagram 3).

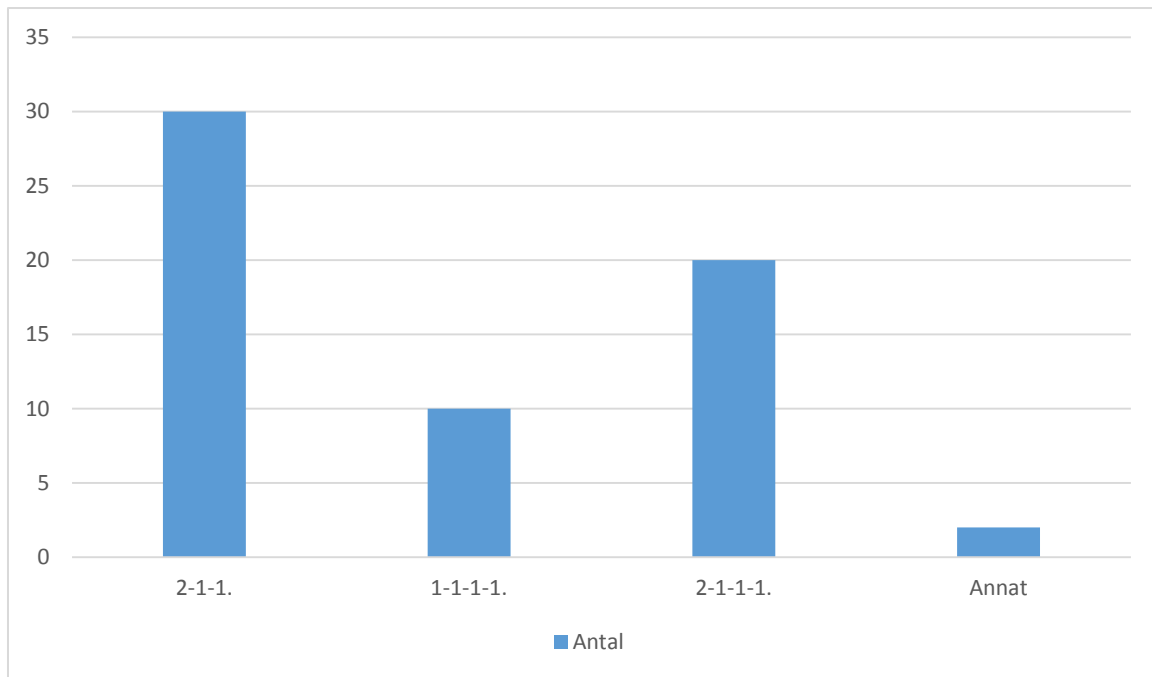


Diagram 2. Diagrammet visar vilken knytteknik barnmorskorna använder vid suturering (n=62).

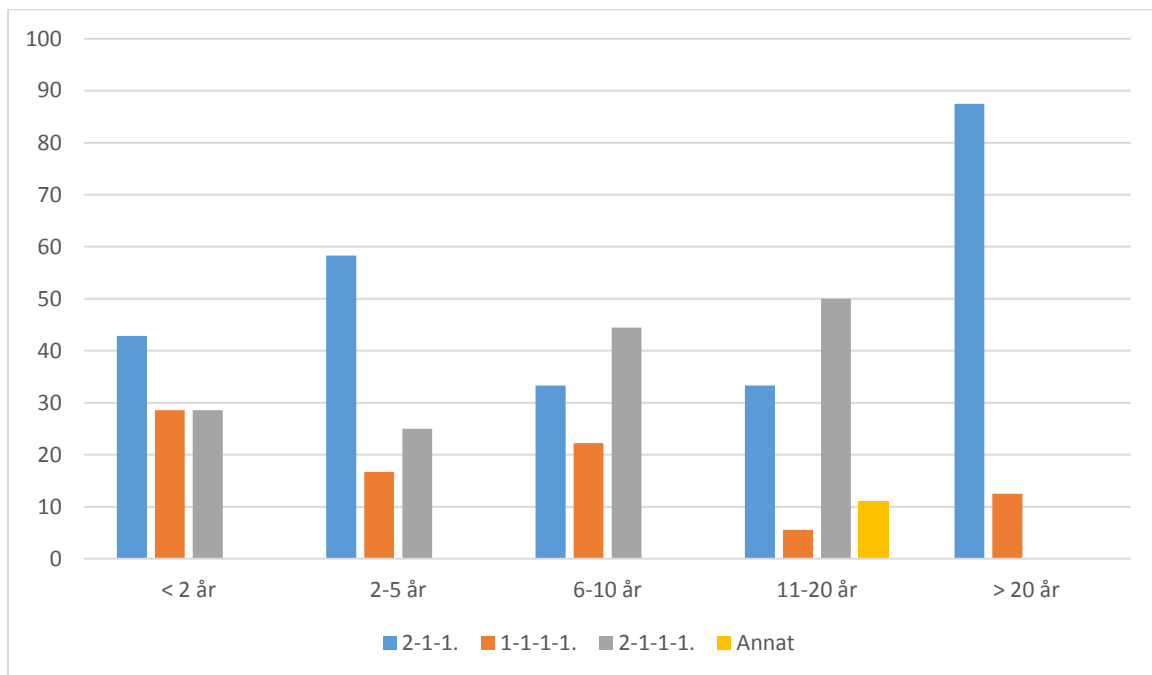


Diagram 3. Diagrammet visar en procentuell fördelning över vilken knytteknik barnmorskorna använder vid suturering relaterat till antal arbetade år på förlossningsavdelning (%).

Knytteknik vid fortlöpande suturering

Åtta (14,55 %) barnmorskor angav att de inte suturerar med fortlöpande teknik. Vid fortlöpande suturering svarade 15 (27,27 %) att de börjar med ett enstaka 2-1-1 och slutar på samma sätt, sex (10,91 %) att de börjar med ett enstaka 1-1-1-1 och slutar på samma sätt och nio (16,36 %) att de börjar med ett enstaka 2-1-1-1 och slutar på samma sätt. 16 (29,09 %) av

barnmorskorna angav att de använder start- och stoppknut och en angav ett annat alternativ (diagram 4).

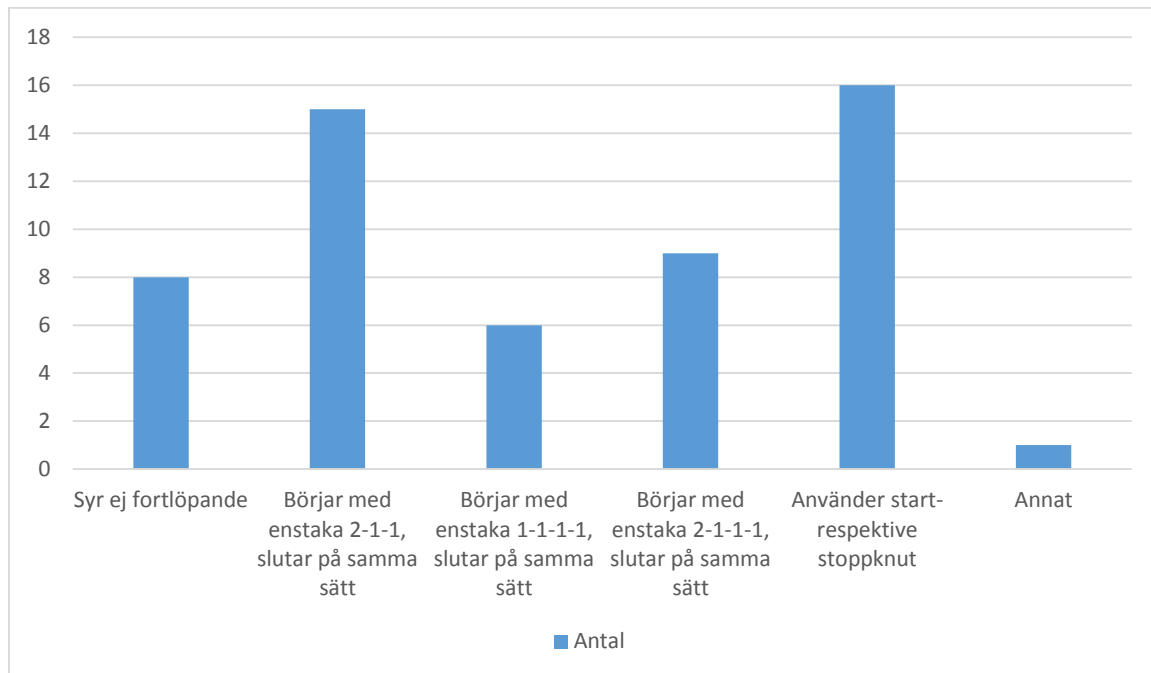


Diagram 4. Diagrammet visar vilken knytteknik barnmorskorna använder vid fortlöpande suturering (n=55).

Suturteknik av vaginalbotten/vaginalfårör

Barnmorskorna angav att de oftast suturerar vaginalbotten/vaginalfårör med enstaka suturer (n=47, 82,46 %). Tio (17,54 %) svarade att de oftast suturerar med fortlöpande suturer (diagram 5).

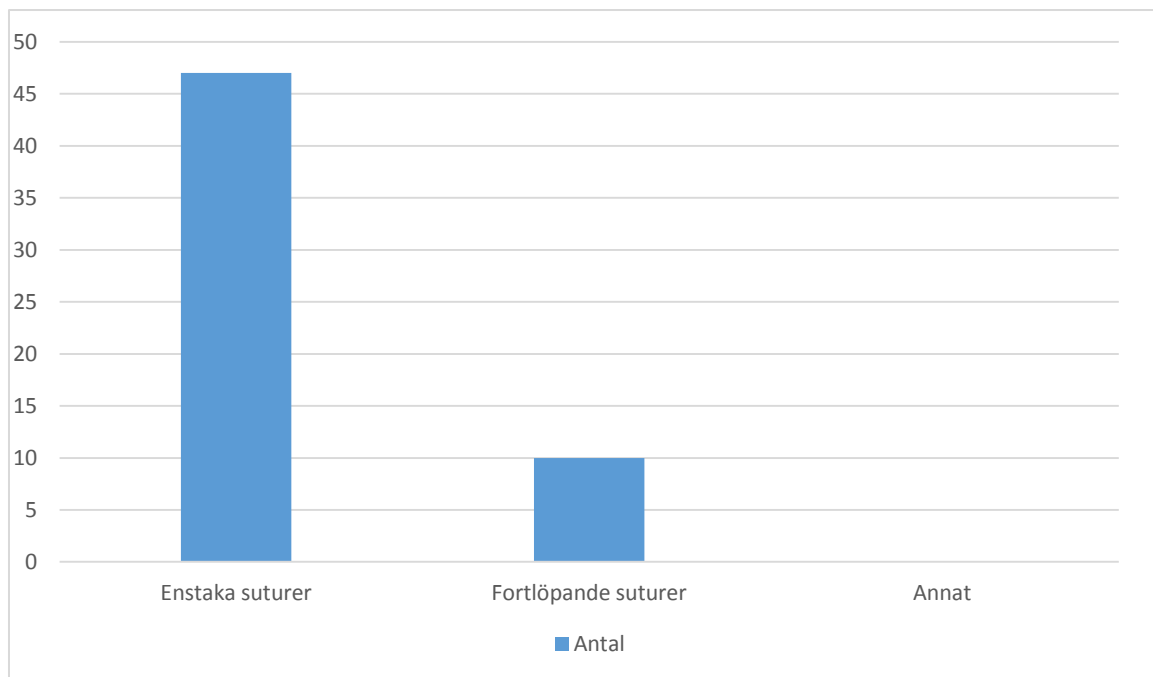


Diagram 5. Diagrammet visar vilken suturteknik barnmorskorna oftast använder vid suturering av vaginalbotten/vaginalfårar (n=57).

Sutureteknik av muskellager

Alla barnmorskor angav att de oftast suturerar muskellager med enstaka suturer (diagram 6).

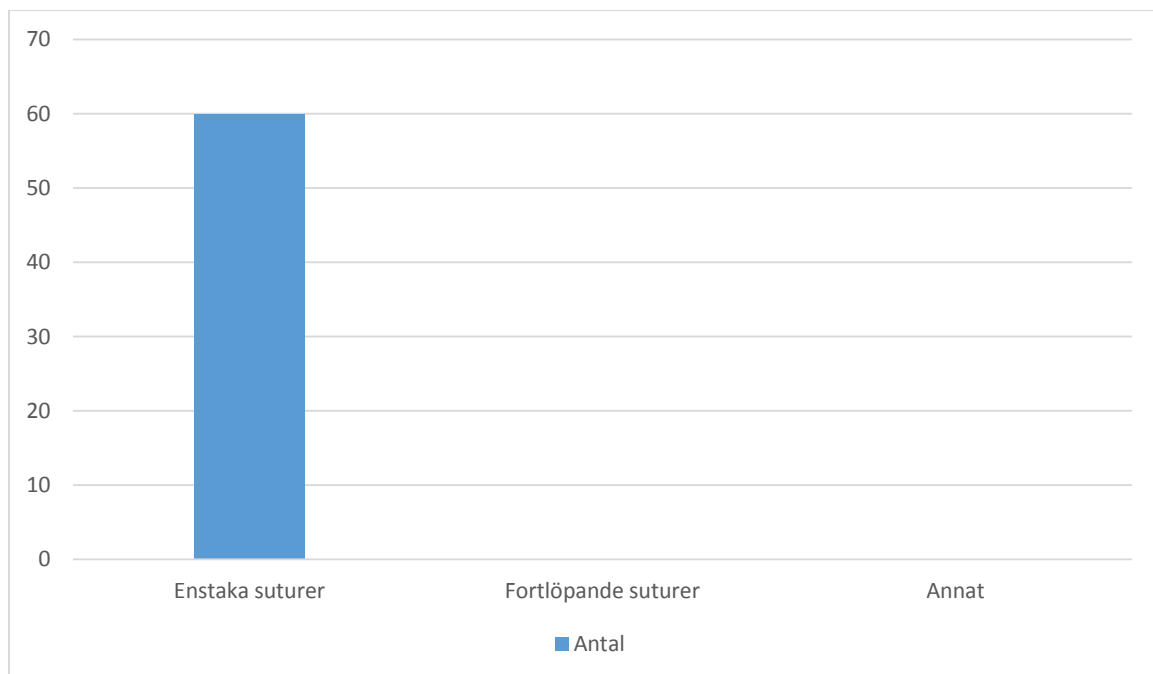


Diagram 6. Diagrammet visar vilken suturteknik barnmorskorna oftast använder vid suturering av muskellager (n=60).

Suturteknik av huden i perineum

På frågan om vilken suturteknik barnmorskan oftast väljer vid suturering av huden i perineum svarade 16 (32,65 %) att de använder enstaka suturer, 27 (55,1 %) att de använder fortlöpande suturer intrakutant och fem (10,2 %) att de använder fortlöpande suturer subkutant. En (2,04 %) barnmorska angav ett eget alternativ som svar (diagram 7). Val av suturteknik varierade mellan barnmorskorna oberoende av hur länge de arbetat på förlossningsavdelning.

Majoriteten av barnmorskorna som arbetat 6-10 år använde dock fortlöpande suturer subkutant och alla som arbetat mer än 20 år använde fortlöpande suturer intrakutant (diagram 8).

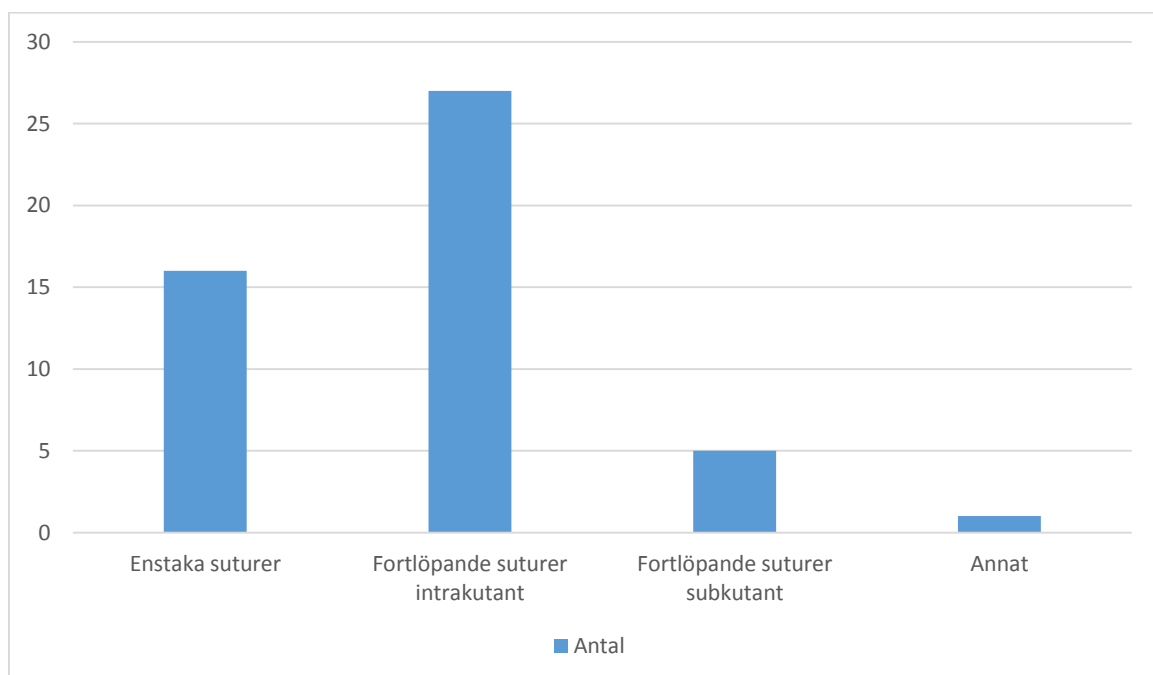


Diagram 7. Diagrammet visar vilken suturteknik barnmorskorna oftast använder vid suturering av huden i perineum (n=49).

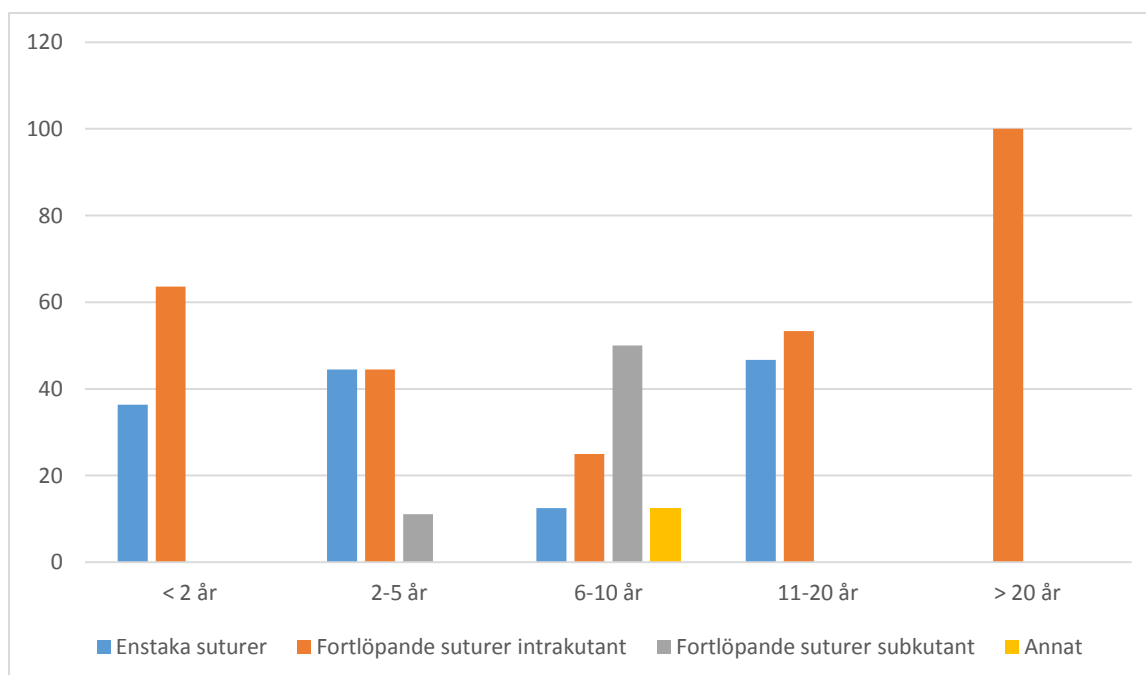


Diagram 8. Diagrammet visar en procentuell fördelning över vilken suturteknik barnmorskorna oftast använder vid suturering av huden i perineum relaterat till antal arbetade år på förlossningsavdelning (%).

Identifikation och suturering av m. bulbocavernosus och m. transversus perinei

På påståendet att barnmorskan kan identifiera och suturera m. bulbocavernosus och m. transversus perinei svarade 19 (30,16 %) att det *stämmer helt*, 39 (61,9 %) att det *stämmer delvis*, fyra (6,35 %) att det *inte stämmer särskilt bra* och en (1,59 %) att det *inte stämmer alls* (diagram 9).

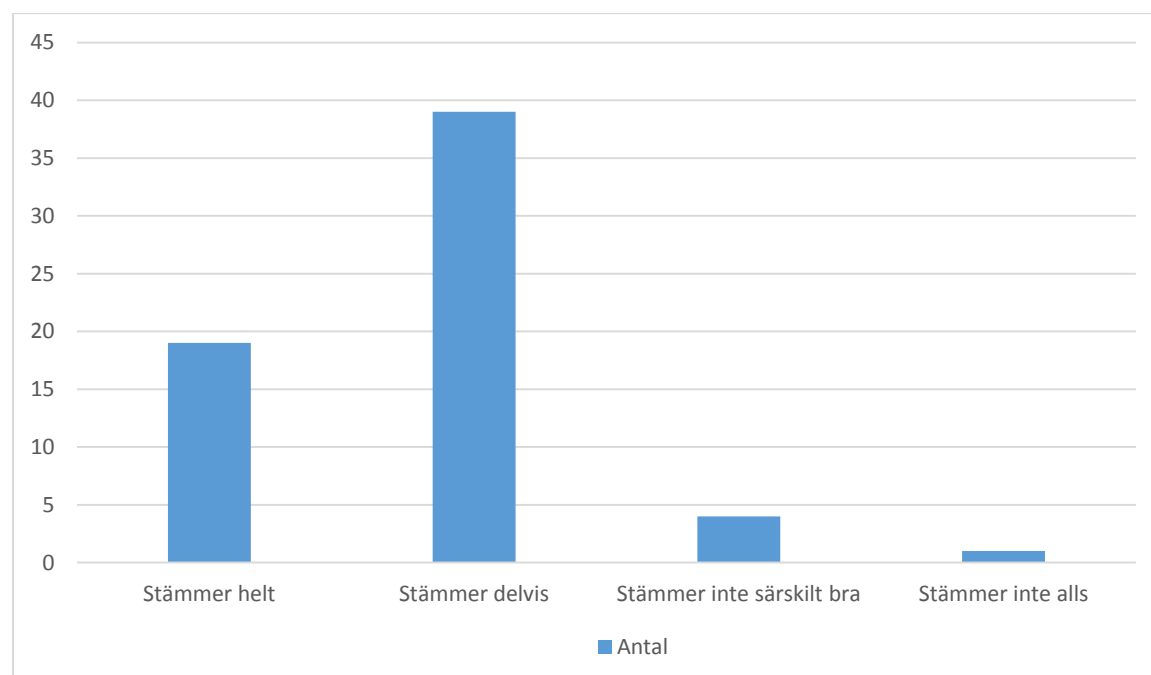


Diagram 9. Diagrammet visar hur barnmorskorna svarat på påståendet: Jag kan identifiera och suturera m. bulbocavernosus och m. transversus perinei (n=63).

Identifikation och suturering av den rektovaginala fascian

På påståendet att barnmorskan har svårt att identifiera och suturera den rektovaginala fascian svarade tio (16,13 %) att *det stämmer helt*, 31 (50 %) att *det stämmer delvis*, elva (17,74 %) att *det inte stämmer särskilt bra* och tio (16,13 %) att *det inte stämmer alls* (diagram 10).

Upplevelsen av att ha svårt att identifiera och suturera den rektovaginala fascian varierade mellan barnmorskorna oberoende av hur länge de arbetat på förlossningsavdelning. Dock svarade ingen av de som arbetat kortare tid än sex år *stämmer inte alls* (diagram 11).

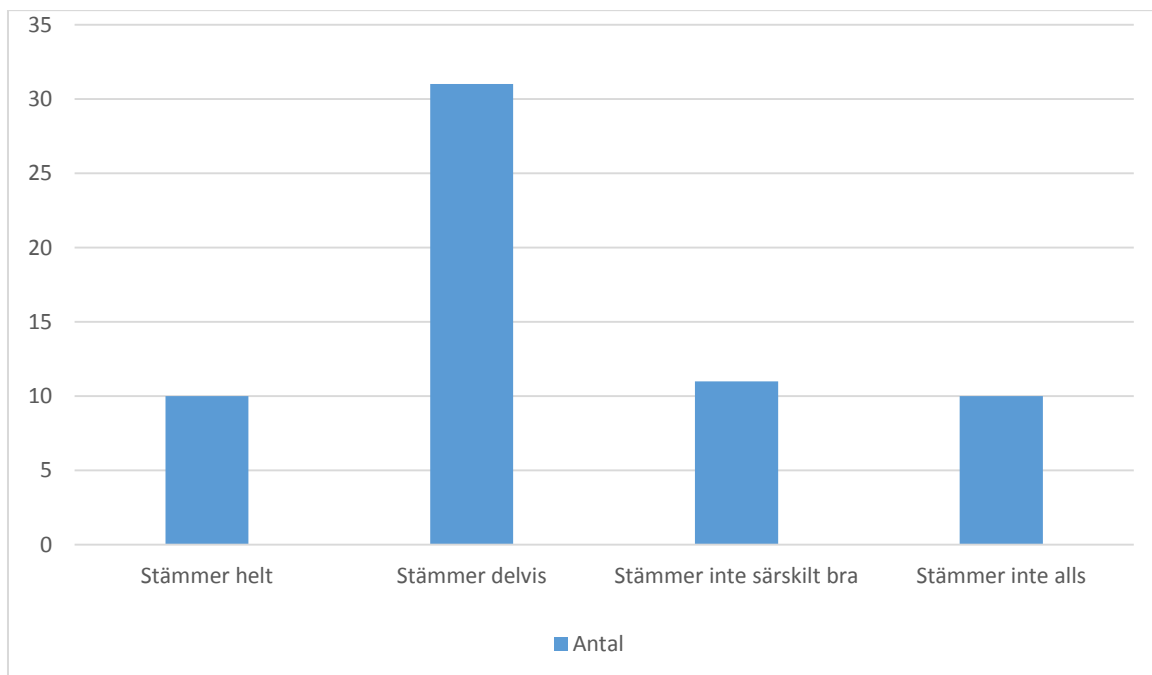


Diagram 10. Diagrammet visar hur barnmorskorna svarat på påståendet: Jag har svårt att identifiera och suturera den rektovaginala fascian (n=62).

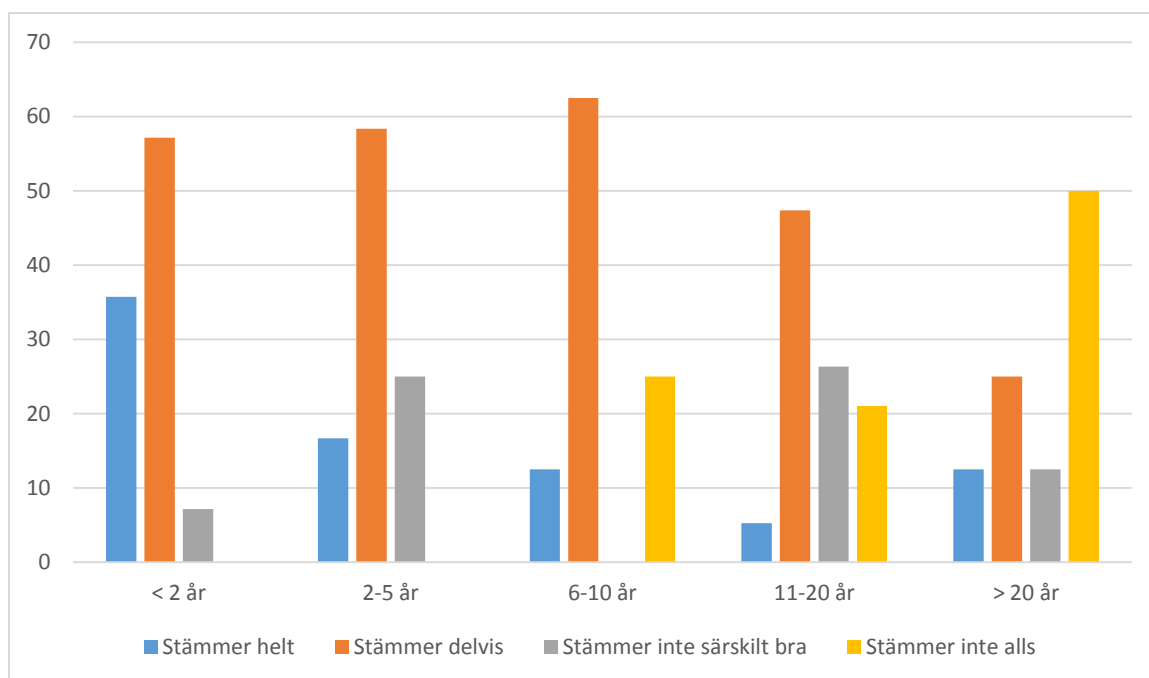


Diagram 11. Diagrammet visar en procentuell fördelning över hur barnmorskorna svarat på påståendet: Jag har svårt att identifiera och suturera den rektovaginala fascian, relaterat till antal arbetade år på förlossningsavdelning (%).

Suturering med ett finger i rektum vid större grad II bristningar

På påståendet att barnmorskan suturerar självständigt med ett finger i rektum vid större grad II bristningar svarade 18 (28,57 %) att det *stämmer helt*, 25 (39,68 %) att det *stämmer delvis*, elva (17,46 %) att det *inte stämmer särskilt bra* och nio (14,29 %) att det *inte stämmer alls* (diagram 12).

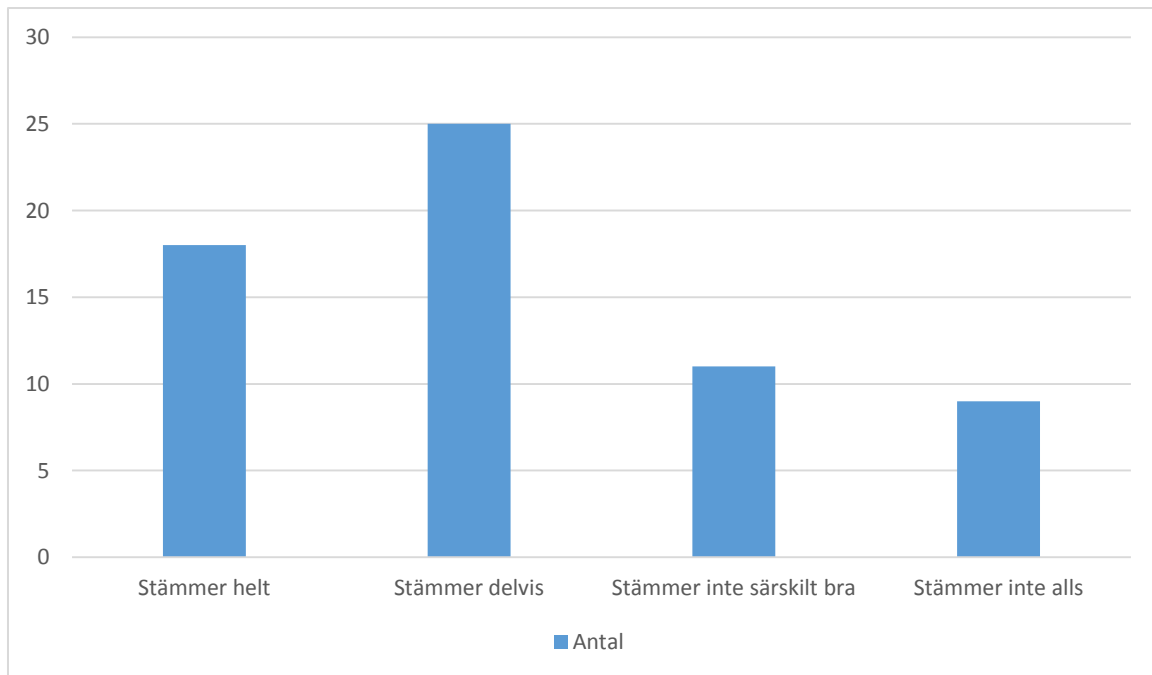


Diagram 12. Diagrammet visar hur barnmorskorna svarat på påståendet: Jag syr självständigt med ett finger i rektum vid större grad II bristningar (n=63).

Kunskap att suturera grad I och II bristningar

På påståendet att barnmorskan upplever sig ha tillräcklig kunskap att suturera grad I och II bristningar svarade 32 (51,61 %) att det *stämmer helt*, 29 (46,77 %) att det *stämmer delvis* och en (1,61 %) att det *inte stämmer alls* (diagram 13). De barnmorskor som arbetat länge på förlossningsavdelning tenderade att i större utsträckning svara *stämmer helt* (diagram 14).

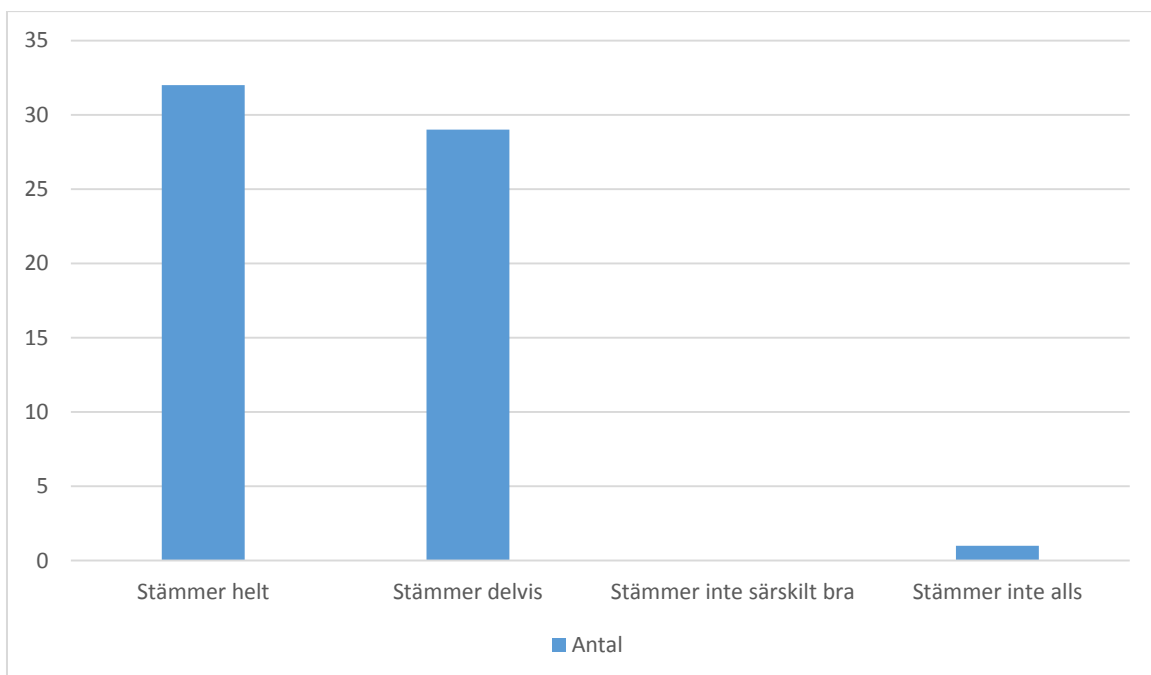


Diagram 13. Diagrammet visar hur barnmorskorna svarat på påståendet: Jag känner att jag har tillräcklig kunskap att suturera grad I och II bristningar (n=62).

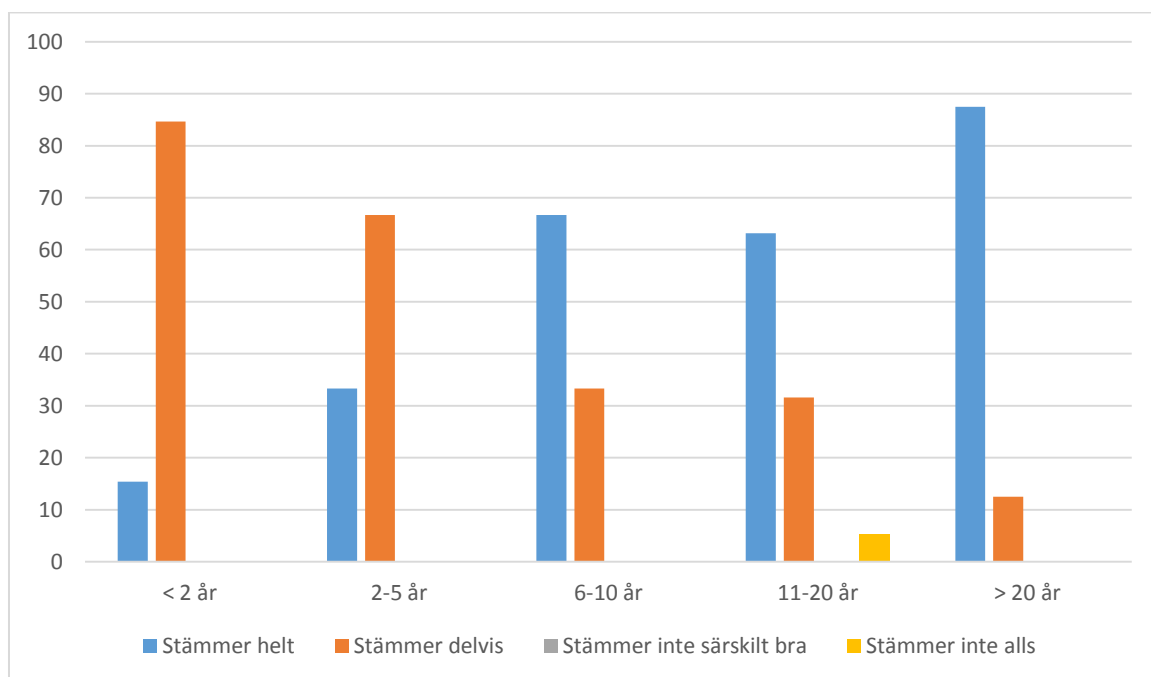


Diagram 14. Diagrammet visar en procentuell fördelning över hur barnmorskorna svarat på påståendet: Jag känner att jag har tillräcklig kunskap att suturera grad I och II bristningar, relaterat till antal arbetade år på förlossningsavdelning (%).

Utbildning utöver barnmorskeutbildningen

I en av frågorna fick barnmorskorna ange vilka utbildningar de deltagit i utöver barnmorskeutbildningen. Majoriteten (n=51, 80,95 %) hade deltagit i en eller flera workshops på DS eller på en klinik de tidigare arbetat på. Elva (17,46 %) hade deltagit i utbildning som anordnats av sutureringsföretag, tre (4,76 %) i utbildning som anordnats av SFOG och två (3,17 %) i utbildning som anordnats av Gynzone. Fem (7,94 %) barnmorskor angav att de deltagit i en annan kurs eller utbildning och åtta (12,7 %) att de inte deltagit i någon utbildning alls. Av dessa åtta barnmorskor hade sex arbetat i sex år eller mer. Av alla barnmorskor som svarade på enkäten hade 38 (60,31 %) deltagit i utbildning under de senaste två åren och 18 (28,57 %) deltagit i fler än en utbildning.

I en av frågorna fick barnmorskorna välja det eller de alternativ som stämde överens med innehållet i de utbildningar de gått. Majoriteten av utbildningarna innehöll undervisning om bäckenbottens anatomi och muskulatur, klassificering av bristningar, knytteteknik, enstaka och fortlöpande suturteknik samt praktisk träning i kött, exempelvis gristunga. Mindre vanligt var träning i att lägga klipp samt suturering av dessa, träning av suturteknik på attrapp/docka/sutureringspads och träning i att hitta muskulatur i grisivaginer.

Slutkommentarer

I slutet av enkäten gavs barnmorskorna möjlighet att med egna ord ge kommentarer kring suturering. Totalt lämnades 19 kommentarer. Majoriteten av barnmorskorna önskade mer och regelbunden utbildning i suturering. Några kommentarer handlade om arbetsmiljön på förlossningsavdelningen där bland annat brist på tid togs upp. Flera barnmorskor beskrev vikten av att kunna ha med en kollega vid suturering både som stöd och i utbildningssyfte.

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visar att de flesta barnmorskor upplever att de har tillräcklig kunskap att handlägga grad I och II bristningar trots att inte lika många upplever att de kan identifiera och suturera de vävnader som kan ingå i en grad I och II bristning. Majoriteten av barnmorskorna använder inte den suturteknik som visat sig orsaka minst smärta för kvinnan första tiden efter förlossningen och nästan hälften använder en knytteteknik som inte rekommenderas av tillverkaren.

Det är intressant att de flesta barnmorskor upplever att de har tillräcklig kunskap att handlägga grad I och II bristningar trots att många av dem har svårt att identifiera och suturera den rektovaginala fascian som kan ingå i en grad II bristning. Vi tror att en anledning till detta kan bero på att kunskapen om den rektovaginala fascian är ny och att det finns lite forskning som beskriver dess betydelse vid handläggning av bristningar. En ytterligare orsak kan vara att barnmorskor får för lite praktisk träning i att identifiera vävnaderna i exempelvis grisevaginor. Zetterström (2008) menar att anatomisk kunskap är en förutsättning för att kunna suturera bristningar och för att minska risken för feldiagnostisering. Vi tror därför att mer utbildning anatomi skulle kunna bidra till att öka kunskapen om den rektovaginala fascian bland barnmorskor vilket förhoppningsvis kan leda till att fler upplever sig kunna identifiera och suturera den.

Över nittio procent av barnmorskorna i vår studie upplever sig ha tillräcklig kunskap att suturera grad I och II bristningar. I två andra liknande studier visade den ena att tre fjärdedelar av barnmorskorna upplevde sig helt eller delvis säkra att suturera bristningar (Bick et al., 2012) och den andra att två tredjedelar upplevde sig helt eller delvis säkra (Homer & Dahlen, 2007). Vi tror att orsaken till att vårt resultat blev högre kan bero på enkätens utformande. Då påståendet är ledande finns en risk att deltagarna tenderat att svara i samma riktning som

påståendet formulerats. Vi tror även att det skulle kunna bero på att påståendet innehåller en outtalad förväntan på att barnmorskor ska inneha denna kunskap.

Knyttekniken bland barnmorskorna i vår studie varierade men verkar inte vara relaterad till hur länge de arbetat på förlossningsavdelning. Dock använde majoriteten en knytteknik som inte rekommenderas av det företag som tillverkar det suturmaterial som används på DS. Det är svårt att diskutera resultatet utifrån annan forskning då det finns få artiklar som rör området. Bristen på forskning tillsammans med att det finns lite information från sutureringsföretag om rekommenderad knytteknik kan dock förklara resultatet. En annan förklaring kan vara att den rekommenderade knyttekniken har förändrats över tid eller att barnmorskor vid byte av arbetsplats kommer i kontakt med andra suturmaterial. Det skulle även kunna bero på att barnmorskor använder den knytteknik de ursprungligen lärt sig och känner sig mest trygga att använda.

Majoriteten av barnmorskorna i vår studie suturerar inte vaginalbotten/vaginalfåror och muskellager med fortlöpande suturer som är den suturteknik som visat sig orsaka minst smärta för kvinnan första tiden efter förlossningen. En anledning till detta kan vara att utövare upplever sig ha större kontroll vid suturering med enstaka suturer (Kettle & Fenner, 2007). Hogg (2008) anser att enstaka suturer är lättare att lära för en ovan utövare vilket kan vara ytterligare en förklaring. Vårt resultat visar att även huden i perineum inte sutureras med den suturteknik som orsakar minst smärta för kvinnan första tiden efter förlossningen. Vi tror att detta kan bero på att forskningen rekommenderar olika suturtekniker då den säger att huden i perineum kan sutureras med fortlöpande suturer subkutant (Kettle et al., 2012), fortlöpande suturer intrakutant (Zetterström, 2008) eller både fortlöpande suturer subkutant och enstaka suturer (Kettle & Fenner, 2007).

Trots att smärta är en viktig faktor tror vi att barnmorskor i första hand väljer den suturteknik de känner sig mest trygga med för att återskapa underlivets anatomi och dess funktion. Forskning visar att smärta under den första tiden efter förlossningen inte bara orsakar lidande i sig utan även kan påverka det tidiga mödrskapet och kvinnans relation till partnern (Kettle & Fenner, 2007). Den visar även att återupptagandet av samlivet kan fördröjas (Signorello et al., 2001). Vi tror därför att det är viktigt att barnmorskan även tar hänsyn till detta vid val av suturteknik.

I utbildningsplanen för barnmorskeprogrammet på KI saknas kursmål som specifikt beskriver vilka kunskaper och färdigheter barnmorskestudenten ska uppnå i suturering. Det saknas även

ramar för vad som ska ingå i undervisningen samt en klinisk examination. Vi tror att detta kan leda till att barnmorskestudenter inte får alla grundläggande kunskaper i suturering och att det blir upp till varje handledare på den verksamhetsförlagda utbildningen att lära ut och bedöma om studentens kunskap och färdighet är tillräcklig. Vårt resultat visar att barnmorskorna handlägger bristningar olika och vi tror att detta kan leda till att även barnmorskestudenter handlägger bristningar olika. I studien av Dahlen och Homer (2007) framkom att 88 procent av barnmorskorna vill att barnmorskor och läkare ska vara auktoriserade i suturering för att självständigt få suturera bristningar. Vi tror att en klinisk examination är ett sätt att säkerställa att barnmorskestudenten har grundläggande kunskaper i suturering.

I många av kommentarerna kring suturering skriver barnmorskorna att de vill ha mer uppföljning och regelbunden utbildning i suturering. Liknande resultat framkom i studien av Dahlen och Homer (2007) där 93 procent av barnmorskorna svarade att de vill ha aktuell och regelbunden utbildning i suturering. Forskning visar att e-utbildning är lika effektiv som traditionella utbildningsformer och att den är lättillgänglig (Mahmud et al., 2013). Vi tror därför att e-utbildning på arbetsplatser skulle kunna fungera som ett bra och kostnadseffektivt komplement till andra utbildningsformer. I flera av kommentarerna i enkäten framkom att barnmorskorna vill ha tillgång till en kollega vid suturering både i utbildande syfte och som stöd samt ha möjlighet att följa upp den egna sutureringen. Enligt Cioffi et al. (2008) är detta olika sätt för barnmorskor att inhämta erfarenhet i suturering. Vi tror därför att det är viktigt att det finns tid och möjlighet att ta till vara på kollegors kunskap och erfarenhet och att följa upp det egna arbetet genom att till exempel besöka kvinnan på BB.

På de flesta förlossningsavdelningar i Stockholm saknas riktlinjer som beskriver hur grad I och II bristningar ska handläggas. Vi tycker att detta är anmärkningsvärt då det finns mycket forskning i området. Avsaknaden av riktlinjer kan förklara varför barnmorskorna i vår studie handlägger grad I och II bristningar väldigt olika. Det är viktigt att rutiner baseras på forskning för att säkerställa kvalitet och att vården ska bli så adekvat och kostnadseffektiv som möjligt. Brist på detta kan därmed påverka kvinnors hälsa och belasta sjukvårdens resurser (Kettle & Fenner, 2007). Vi tror att bristen på riktlinjer kan medföra att barnmorskor bara tar hjälp av varandra vilket kan medföra att felaktig kunskap förs vidare inom arbetsgruppen. Det skulle även kunna leda till att egna metoder som endast baseras på klinisk erfarenhet uppstår.

Metoddiskussion

I studien gjordes en kvantitativ deskriptiv kartläggning av hur barnmorskorna på DS i Stockholm handlägger grad I och II bristningar. Vi anser att vårt urval av deltagare var lämpligt i förhållandet till studiens syfte eftersom handläggning av grad I och II bristningar ingår i förlossningsbarnmorskors dagliga arbetsuppgifter. Vi anser även att vår datainsamlingsmetod var lämplig då data samlades in från en stor grupp deltagare under en begränsad tidsperiod. En svaghet med enkätstudier är att deltagare tenderar att svara på frågorna på ett positivt sätt vilket innebär att deltagarna inte svarar hur det faktiskt är eftersom de inte vill framstå på ett negativt sätt (Fife-Schaw, 2002). Det finns även en risk med egenkonstruerade enkäter eftersom de inte testats tidigare (Billhult & Gunnarsson, 2012). I vår studie har denna risk minskats eftersom sex barnmorskor fick besvara enkäten innan den distribuerades till deltagarna. Vi anser att Microsoft Excel var ett lämpligt verktyg för att sammanställa data eftersom den gav oss möjlighet att presentera resultatet deskriptivt i text och diagram.

Bortfallet från totaldeltagandet var litet vilket motiverar varför ingen bortfallsanalys gjorts av detta. Fråga sju i enkäten fick dock ett stort internt bortfall eftersom flera deltagare angett två svarsalternativ istället för ett. Detta kan bero på att frågan varit felaktigt konstruerad och att deltagarna därmed missförstått frågan eller att de haft svårt att identifiera sig med endast ett svarsalternativ. Vi tror inte det är sannolikt att bortfallet påverkat resultatet men om fler svarsalternativ funnits är det möjligt att resultatet blivit annorlunda.

Alla frågor i enkäten var relevanta då de besvarat studiens syfte och frågeställningar. Vi har dock identifierat svagheter i några av frågorna. Tre av frågorna består av två påståenden vilket innebär att deltagaren måste tycka samma sak om båda påståendena för att svaret ska bli så riktigt som möjligt. En del frågor kan även ha uppfattas som ledande då de är formulerade som att ”jag kan” och ”jag har svårt”. Formuleringarna kan ha lett till att deltagarna tenderat att besvara frågan på samma sätt som den är ställd. För att undvika detta hade påståendet i stället kunnat formuleras neutralt, till exempel ”hur upplever du din förmåga att...” (Ejlertsson, 2005).

Vi anser att validiteten i studien är hög eftersom vi med hjälp av frågorna i enkäten besvarat studiens syfte och frågeställningar och därmed mätt det vi haft för avsikt att mäta. Validiteten har stärkts då personer som är insatta i ämnet varit delaktiga i enkätens utformande.

Reliabiliteten i studien stärks av att samma enkät distribuerades under samma omständigheter

till alla barnmorskor. Reliabiliteten kan dock ha påverkats av att enkäten delades ut vid tre olika tillfällen eftersom barnmorskorna från första tillfället kan ha diskuterat enkäten med de barnmorskor som ännu inte besvarat den. Det är även möjligt att de frågor/påståenden som innehåller ordvändningar som till exempel ”jag kan” och ”jag har svårt” påverkar reliabiliteten eftersom de kan ha missförstått. Vi tror att en upprepad kartläggning av hur barnmorskor handlägger grad I och II bristningar på DS skulle ge liknande resultat förutsatt att inga större förändringar skett i personalgruppen eller på arbetsplatsen. Urvalet gör det dock svårt att generalisera resultatet till andra förlossningsavdelningar eftersom deskriptiv data om deltagarna saknas.

I samband med att enkäten besvarades informerades deltagarna om anonymitet. Data kan inte härledas till enskilda deltagare eftersom enkäten besvarats anonymt. Vid gruppenkäter är det dock svårt att i samband med svarstillfället garantera total anonymitet mellan deltagare inom gruppen (Billhult & Gunnarsson, 2012). Data till studien har hanterats konfidentiellt vilket enligt Kjellström (2012) innebär att den förvarats på ett sådant sätt att inte obehöriga har kunnat ta del av den.

Det har inte identifierats några fysiska risker med att delta i studien. Däremot finns det risk att deltagarna utsatts socialt och emotionellt då de inte erbjöds samtycke till att delta i studien och då det finns en risk att svar läckt ut inom gruppen i samband med att enkäten besvarades. Studiens resultat kan ge kunskap om hur barnmorskor handlägger bristningar samt vilken utbildning de har i området. Denna kunskap kan vara till nytta vid framtida förbättringsarbeten som har till syfte att minska de besvär och komplikationer som kvinnor kan drabbas av efter en bristning.

Slutsats

Resultatet visar att barnmorskor handlägger bristningar olika och att barnmorskor vill ha mer och regelbunden utbildning i suturering. Vi tycker därför att barnmorskor regelbundet ska erbjudas fortbildning för att få tillgång till den senaste kunskapen och för att träna sin färdighet i suturering. Vi anser att det behövs riktlinjer på alla förlossningsavdelningar som beskriver hur grad I och II bristningar ska handläggas. Vi anser även att det behövs ramar för vad som ska ingå i undervisningen i suturering på barnmorskeprogrammet på KI samt att en klinisk examination borde införas.

Fortsatt forskning

Resultatet i vår studie visar att barnmorskor handlägger bristningar olika. Sättet studien har genomförts på gör att vi inte kunnat ta reda på orsakerna till detta eller vad som påverkar barnmorskors handläggning av bristningar. Vi tycker därför att det vore intressant att göra en uppföljande kvalitativ intervjustudie där djupgående frågor ställs till barnmorskor. För att ta reda på om och hur riktlinjer påverkar barnmorskors sätt att handlägga bristningar anser vi att det vore intressant att göra en liknande studie på en förlossningsavdelning där riktlinjer om hur barnmorskor handlägger bristningar redan finns. Det hade även varit intressant att ta reda på detta genom att jämföra hur barnmorskor handlägger grad I och II bristningar innan och efter en riktlinje införts på en förlossningsavdelning.

Vi har uppmärksammat att det finns lite forskning gjord på knytteteknik kopplad till suturering av bristningar. Vi tror att det skulle behövas mer forskning inom området för att ta reda på knutens betydelse för bristningens resultat och vilken knytteteknik som är att föredra.

Till sist tror vi att det behövs mer forskning om den rektovaginala fascians betydelse vid handläggning av bristningar för att styrka de kliniska erfarenheter som barnmorskor och läkare gjort.

Referenser

Andrews, V., Sultan, A. H., Thakar, R., & Jones, P. W. (2006). Occult anal sphincter injuries-myth or reality? *BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(2) 195-200. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00799.x

Bick, D. E., Ismail, K. M., McDonald, S., Thomas, P., Tohill, S., & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(57), 1-10. doi:10.1186/1471-2393-12-57

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur AB.

Cioffi, J. M., Swain, J., & Arundell, F. (2008). The decision to suture after childbirth: cues, related factors, knowledge and experience used by midwives. *Midwifery*, 26(2), 246-255. doi:10.1016/j.midw.2008.05.004

Covidien. (2014). *Polysorb – braided, synthetic absorbable suture*. Hämtat 2014-09-29, från <http://surgical.covidien.com/products/wound-closure/absorbable-sutures>

Dahlen, H. G., & Homer, C. S. E. (2007). What are the views of midwives in relation to perineal repair? *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 21(1), 27-35. doi:10.1016/j.wombi.2007.12.003

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Fife-Schaw, C. (2002). Questionnaire design. I G. M. Breakwell, S. Hammond & C. Fife-Schaw (Red.), *Research methods in psychology* (s.158-174). London: SAGE Publications Ltd.

Fleming, V. E. M., Hagen, S., & Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(7), 684-689.

Giddens, A. (2007). *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Gunnarsson, J., & Dahlgren, E. (2010). Uterovaginal prolaps. I P.O. Jansson & B-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (s.305-313). Lund: Studentlitteratur AB.

Gynop. (2014). *Allmänt om bristningsregistret*. Hämtad 2014-09-10, från <http://www.gynop.org/webhelp/gynopnet/bristning/bristningsregistret.htm>

Gynzone. (2014). *About Gynzone*. Hämtat 2014-09-09, från <http://www.gynzone.net/about-gynzone>

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

Karolinska Institutet. (2013). *Betygsunderlag termin 3*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.

Karolinska Institutet. (2013). *Utbildningsplan för barnmorskeprogrammet*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.

Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. K. (2010). Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.pub2.

Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. K. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3.

Kettle, C., & Fenner, D. E. (2007). Repair of episiotomy, first and second degree tears. I A. H. Sultan, R. Thakar & D. E. Fenner. (Red.), *Perineal and anal sphincter trauma: diagnosis and clinical management* (s. 20-32). London: Springer.

Kettle, C., Hills, R. K., Jones, P., Darby, L., Gray, R., & Johanson, R. (2002). Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 359(9325), 2217-23.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 70-92). Lund: Studentlitteratur AB.

Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning: Forskning och erfarenhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Macarthur, A. J., & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(4), 1199-1204. doi:10.1016/j.ajog.2004.02.064

Mahmud, A., Kettle, C., Bick, D., Rowley, C., Rathod, T., Belcher, J., Abdelmaguid, M. M., & Ismail, K. M. K. (2013). The development and validation of an internetbased training

package for the management of perineal trauma following childbirth: MaternityPEARLS. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1053), 382-389. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131491

Marsal, K. (2008). Avvikande fostertillväxt – intrauterin tillväxthämning, makrosomi. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 361-373). Lund: Studentlitteratur AB.

McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., ... Elbourne, D. (1998). A randomized controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(12), 1262-1272.

Morano, S., Mistrangelo, E., Pastorino, D., Lijoi, D., Costanini S., & Ragni, N. (2006). A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 13(5), 457-462.

Schytt, E. (2009). Den komplicerade barnsängtiden. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 447-457). Lund: Studentlitteratur AB.

Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenström, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(2), 210-217. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x

Selo-Ojeme, D., Ojutiku, D., & Ikomi, A. (2009). Impact of a structured, hands-on, surgical skills training program for midwives performing perineal repair. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106(3), 239-41. doi:10.1016/j.ijgo.2009.04.014

SFOG. (2012). *Om SFOG*. Hämtat 2014-09-09, från <https://www.sfog.se/start/om-sfog/>

SFOG. (2013). *Kvinnoklinikernas årsrapport 2013: Sumerisk rapport för verksamhetsåret 2013*. Stockholm: SFOG.

SFOG. (2014). *SFOGs höstkurser 2014*. Hämtat 2014-09-09, från https://www.sfog.se/media/165562/sammanst_lning_sfogkurser_ht_2014.pdf

Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5), 881-890. doi:10.1067/mob.2001.113855

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Solum, T. (2008). Funktionell obstetrisk anatomi. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 91-100). Lund: Studentlitteratur AB.

Sundström Poromaa, I. (2010). De kvinnliga könsorganens anatomi. I P.O. Jansson & B-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (s.13-31). Lund: Studentlitteratur AB.

Sultan, A. H., & Kettle, C. (2007). Postpartum problems and the role of a perineal clinic. I A. H. Sultan, R. Thakar & D. E. Fenner. (Red.), *Perineal and anal sphincter trauma: diagnosis and clinical management* (s. 65-79). London: Springer.

Sultan, A. H., & Thakar, R. (2007). Third and fourth degree tears. I A. H. Sultan, R. Thakar & D. E. Fenner. (Red.), *Perineal and anal sphincter trauma: diagnosis and clinical management* (s. 33-51). London: Springer.

Thakar, R., & Sultan, A. H. (2007). Diagnosis of perineal trauma. I A. H. Sultan, R. Thakar & D. E. Fenner. (Red.), *Perineal and anal sphincter trauma: diagnosis and clinical management* (s. 13-19). London: Springer.

Tidwell, J. E., Kish, V. L., Samora, J. B., & Prud'Homme, J. (2012). Knot security: How many throws does it really take? *Orthopedics*, 35(4), 532-537. doi:10.3928/01477447-20120327-16

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Zetterström, J. (2008). Perinealbristningar. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 565-576). Lund: Studentlitteratur AB.

ENKÄT SUTURERING

Välj endast ett svarsalternativ, skriv kommentar i kanten vb

1. Vilken knytteknik använder du vid suturering?

- ☐ 2-1-1
- ☐ 1-1-1-1
- ☐ 2-1-1-1
- ☐ Annat, sätt: beskriv.....

2. Om du syr fortlöpande hur knyter du vid start respektive stopp?

- ☐ Syr ej fortlöpande
- ☐ Börjar med ett enstaka 2-1-1, slutar på samma sätt
- ☐ Börjar med ett enstaka 1-1-1-1, slutar på samma sätt
- ☐ Börjar med ett enstaka 2-1-1-1, slutar på samma sätt
- ☐ Använder start- respektive stoppknut
- ☐ Annat, beskriv.....

3. Vilken sutureringssteknik använder du oftast i vaginalbotten/vaginalfårör?

- ☐ Enstaka stygn
- ☐ Fortlopande stygn
- ☐ Annat; beskriv:

4. Vilken sutureringssteknik använder du oftast vid suturering av muskellager?

- ☐ Enstaka stygn
- ☐ Fortlopande stygn
- ☐ Annat; beskriv:

5. Vilken sutureringssteknik använder du oftast i huden i perineum?

- ☐ Enstaka stygn
- ☐ Fortlopande stygn i.c
- ☐ Fortlopande stygn s.c
- ☐ Annat; beskriv:

6. Jag kan identifiera och suturera följande muskler: m. bulbocavernosus och m. transversus perinei

Stämmer
helt

☐

Stämmer
delvis

☐

Stämmer inte
särskilt bra

☐

Stämmer inte
alls

☐

7. Jag har svårt att identifiera den rektovaginala fascian och suturera denna

Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
☐	☐	☐	☐

8. Jag syr självständigt (vid behov) med fingret i rektum vid större grad två bristningar

Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
☐	☐	☐	☐

9. Jag känner att jag har tillräcklig kunskap för att suturera grad 1 och grad 2 bristningar

Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
☐	☐	☐	☐

På frågorna nedan kan du välja fler svarsalternativ!

10. Har du gått sutureringsutbildning utöver din barnmorskeutbildning

- ☐ Nej
- ☐ Workshop på den klinik jag är/varit anställd på, år
- ☐ SFOG kurs, år.....
- ☐ Gynzone, år
- ☐ Kurs anordnad av sutureringsföretag, år.....
- ☐ Annan kurs, ange vad och år:
- ☐ Annat, ange vad:

11. Om du svarat ja på ovanstående fråga, sätt kryss i de rutor som stämmer överens med vad utbildningen innehöll:

- ☐ Bäckensbottens anatomi och muskulatur
- ☐ Genomgång av klassificering av bristningar
- ☐ Knytteknik
- ☐ Fortlöpande suturer
- ☐ Enstaka suturer
- ☐ Träning att hitta muskulatur i kött ex grisvagina
- ☐ Träning i suturteknik på attrapp/docka/sutureringspads
- ☐ Träning i suturteknik i kött, ex gristunga
- ☐ Träning i att lägga klipp
- ☐ Träning i att suturera klipp
- ☐ Annat, ange vad.....

12. Hur länge har du arbetat på förlossningsavdelning? (Ange år eller månader)

.....

13. Övriga kommentarer kring suturering:

.....

.....

.....