



Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv och perinatal omvårdnad
VK10, Barnmorskeprogrammet

Svenska barnmorskors uppfattning om, och användande av hinnsvepning

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp 2011
Avancerad nivå

Författare:
Maria Blohm
Leg Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Malin Heimdahl
Leg Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:
Erica Schytt
Leg barnmorska, PhD

Examinator:
Anna-Berit Ransjö-Arvidson
Leg barnmorska, PhD



Department of women's and children's health
Division of reproductive and perinatal health
VK10, Programme of midwifery

Swedish midwives' opinions about and use of sweeping of the membranes

Degree project in sexual, reproductive and perinatal health, 15 hp 2011

Advanced level

Författare:
Maria Blohm
RN, midwifery student

Malin Heimdahl
RN, midwifery student

Supervisor:
Erica Schytt
RNM, PhD

Examiner:
Anna-Berit Ransjö-Arvidson
RNM, PhD

Sammanfattning

Bakgrund: Effekten av den obstetriska interventionen hinnsvepning i syfte att initiera förlossningsarbetet är omstridd. Forskning visar på motstridiga resultat, där förespråkare menar att interventionen har effekt och dessutom är kostnadseffektiv och lättillgänglig medan motståndare hävdar att hinnsvepning saknar effekt och/eller orsakar onödigt lidande för kvinnan i form av smärta, oro och stress.

SFOG rekommenderar hinnsvepning i fullgången tid i syfte att initiera förlossningsstart och minska risken för överburenhet medan en Cochrane rapport från 2005 avråder från rutinmässig användning med hänvisning till otillräcklig nytta i relation till obehag och smärta. Svensk forskning om hinnsvepning har inte gått att finna, och undervisning om interventionen saknas på Karolinska Institutets barnmorskeutbildning i Stockholm.

Syfte: Syftet med studien är att belysa uppfattningen om och användandet av den obstetriska interventionen hinnsvepning på barnmorskemottagningar i Sverige

Metod: Studiens utfördes som en deskriptiv webbaserad enkätundersökning med öppna och slutna frågor. 451 barnmorskor verksamma på svenska barnmorskemottagningar tillfrågades om deltagande i studien och 223 svar erhöles. Öppna frågor analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visar att barnmorskor på svenska barnmorskemottagningar inte följer SFOG:s riktlinjer om rutinmässig hinnsvepning men att flertalet följer Cochrane rapportens rekommendationer. Drygt hälften av barnmorskorna har någon gång använt hinnsvepning och då främst i syfte att minska risken för överburenhet, men även på andra indikationer såsom humanitära skäl, kvinnans efterfrågan eller vid medicinska komplikationer. Majoriteten av barnmorskor som någon gång använt interventionen anser att hinnsvepning har effekt ibland och att upplevda bieffekter under eller efter interventionen är få. Ett fåtal, 3 procent av barnmorskorna, uppgav PM om hinnsvepning fanns på deras arbetsplats.

Nyckelord: Hinnsvepning, överburenhet, svenska barnmorskor, induktion, risker, rutiner

Abstract

Objective: The effect of the obstetric intervention sweeping of the membranes in order to initiate labor is disputed. Research shows conflicting results, with proponents believing that the intervention is effective and also cost-effective, while those who oppose maintain that sweeping of the membranes is not effective and causes unnecessary suffering for the woman because of pain, anxiety and stress.

SFOG recommends sweeping of the membranes in term pregnancies in order to initiate labor and to reduce the risk of post term pregnancies while a Cochrane report from 2005 recommends against sweeping of the membranes in routine because of its lack of benefit in relation to discomfort and pain.

Swedish research on sweeping of the membranes was not found, and instruction about the intervention is not taught by the midwifery education at the Karolinska Institute in Stockholm.

Purpose: The purpose of this study was to investigate midwives' use of sweeping of the membranes in the Swedish care of the pregnant women in health centers.

Method: The study was conducted as a descriptive web-based survey with open and closed questions. 451 midwives working in Swedish health centres caring for pregnant women, were asked to participate in the study and 223 responses were received. Open questions were analyzed using a qualitative content analysis.

Results: The result shows that the recommendations by SFOG on routinely sweeping of the membranes is not followed by midwives in Swedish health centers caring for pregnant women, but that the majority follows the recommendations from the Cochrane report. Approximately half of the midwives have practiced sweeping of the membranes on occasion, most commonly to reduce the risk of post term pregnancies, but also for other indications such as humanitarian reasons, the pregnant woman's request, or medical complications. The majority of midwives who have practiced the intervention on some occasion believe that sweeping of the membranes is effective and the perceived side effects during or after the intervention are rare. A minority, 3 percent, of the midwives, stated that their workplace had policies or PM for the intervention.

Keywords: Sweeping of the membranes, post term pregnancies, Swedish midwives, induction, risks, procedures.

Innehållsförteckning	Sidnummer
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historia	1
Vad är hinnsvepning	1
Vad händer fysiologiskt?	2
Varför används hinnsvepning?	3
Finns risker med hinnsvepning?	4
Hur upplever kvinnor hinnsvepning?	5
Har hinnsvepning någon effekt?	5
PROBLEMFORMULERING	6
SYFTE	7
FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	8
Studiedesign	8
Urval	8
Datainsamlingsmetod	9
Enkätfrågornas utformning	10
Analys av slutna frågor	11
Analys av öppna frågor och kommentarer i löpande text	11
Etiska ställningstaganden	12
RESULTAT	13
Användandet av hinnsvepning	14
Indikationer för användandet av hinnsvepning	16
Uppfattning om hinnsvepnings effekt	19
Upplevda risker med hinnsvepning	20
Förekomsten av rutiner och PM om hinnsvepning	23
DISKUSSION	23
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26
Metoddiskussion	26
Vidare studier	28

REFERENSER	30
BILAGA	34

Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning på barnmorskemottagning och i förlossningsvård har vi kommit i kontakt med hinnsvepning av gravida kvinnor i fullgången graviditet. Den teoretiska delen av barnmorskeutbildningen har inte diskuterat eller lärt ut interventionen, inte heller ”baskurslitteraturen” (1, 2) eller State of The Art (3) behandlar ämnet. Sökordet ”hinnsvepning” på www.google.se ger 9520 träffar vilket indikerar att interventionen är väl känd och diskuteras inte bara av barnmorskor och obstetiker utan också av blivande föräldrar på exempelvis bloggar. I Sverige rekommenderar SFOG (4) att hinnsvepning utförs i fullgången graviditet för att minska risken för överburenhet. Fullgången graviditet definieras av WHO som en graviditet mellan graviditetsvecka 37+0 och vecka 41+6. Överburenhet definieras som en graviditet som varar längre än 294 dagar, det vill säga efter v 42+0 (4). I en nyligen publicerad Cochrane rapport (5) rapporteras att hinnsvepning är en effektiv metod för att initiera förlossningsstart, men rutinmässig användning rekommenderades inte då de kliniska fördelarna är otillräckliga i förhållande till nackdelarna.

Bakgrund

Historia

Hinnsvepning är en gammal metod för att inducera förlossningsarbetet och beskrevs första gången år 1810 av den engelska obstetrikern James Hamilton. Metoden föredrogs framför amniotomi, som ansågs innebära en större infektionsrisk. På 1950-talet startade de första studierna av interventionen, men den fysiologiska effekten av hinnsvepning beskrevs först 1974 (6).

Vad är hinnsvepning?

Hinnsvepning innebär att undersökarens finger förs in i cervixkanalen till inre modernmunnen. Därefter lossas fosterhinnorna från det nedre uterinsegmentet med en eller flera cirkelrörelser (5, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Hur många varv undersökarens finger sveps varierar mellan ett varv (5, 8, 9) två varv (6, 13, 14), och tre varv (7, 10). En av studierna beskriver att cirkelrörelserna utförs i en särskild ordning, då med två varv, det första medsols och det andra motsols (15).

Antal cirkelrörelser kan även vara odefinierat , och i två av studierna återges enbart att så mycket som möjligt av hinnorna separeras från det nedre uterinsegmentet (11, 16). Valet av handskar vid interventionen är beskrivet i två studier, där undersökaren i den ena studien använde sterila handskar (16) och där undersökaren i den andra studien använde rena handskar insmorda i klorhexidinkräm (6). I flera studier saknas information om valet av handskar (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Vad händer fysiologiskt?

Vid hinnsvepning frisätts prostaglandiner (12, 15) och produktionen av prostaglandin ökar lokalt i vävnaden och i den maternella cirkulationen (6, 10). De ökade nivåerna av prostaglandin varar i minst sex timmar (15). Prostaglandin är ett hormonliknande ämne som bildas av fettsyran arakidonsyra (17). Under graviditeten syntetiseras prostaglandin i amnion, chorion och decidua och ämnet har betydelse för initiering av förlossning (17). Prostaglandin spelar en viktig roll för att förlossningen ska starta och förklaras med att ämnet mjukar upp cervix och påverkar myometriet till kontraktioner (12, 15, 17). Redan 1977 kunde forskning visa att nedbrytningsprodukten till prostaglandin, PGFM ökar signifikant i serum fem minuter efter att hinnsvepning utförs på kvinnor i fullgången graviditet, och att ökningen är större hos de som hinnsveps jämfört de som enbart vaginalundersöks. Ökningen av PGFM är däremot störst hos de kvinnor som amniotomeras (18). Teorin att prostaglandin i fostervatten successivt ökar strax före förlossningsstart till och med partus bekräftas i en amerikansk studie från 1996. Tre fostervattensprov på vardera 17 kvinnor med intrahepatisk kolestas i graviditetsvecka 37+0 togs, det sista i tidig förlossningsstart. Då enbart gravida med intrahepatisk kolestas av etiska skäl kunde inkluderas i studien diskuterar författarna risken för bias, men drar ändå slutsatsen att prostaglandin har betydelse för initiering av förlossning (19). En annan effekt av hinnsvepning är de oregelbundna kontraktioner som ibland uppstår, vilka kan ha en uppmjukande effekt på cervix (6). Kontraktionerna ökar trycket mot cervix vilket utlöser Ferguson´s reflex som resulterar i en reflektorisk insöndring av oxytocin (15).

Varför används hinnsvepning?

Hinnsvepning används för att initiera förlossningsstart och beskrivs som en icke farmakologisk induktionsmetod med syfte att främja cervix mognad (11, 14). Interventionen anses kunna minska incidensen av överburenhet (5, 8) och behovet av induktion (9).

Hinnsvepning utförs på kvinnor med normal, fullgången singelgraviditet, där fostret ligger i huvudbjudning och fosterhinnorna är intakta (11, 15). Det finns en rad kontraindikationer för hinnsvepning beskrivna: osäker graviditetslängd (13, 16), placenta praevia (5, 6, 9, 12, 13), tidigare sectio, historia av gynekologisk kirurgi (7,16), tidigare intrauterin fosterdöd, uppskattad fostervikt > 4500 gram, misstänkta fetala missbildningar (7), fetal tillväxthämning (6), maternell diabetes, maternell hypertoni (9, 13), preeklampsi, aktiv herpesinfektion, historia av vasa praevia, pågående cervixinfektion, vaginal blödning i tredje trimestern (9), vaginal blödning även i andra trimestern, misstänkt prematur vattenavgång under graviditeten (10) samt andra tillstånd som innebär kontraindikationer för vaginal förlossning (12).

En svensk studie baserad på data från det nationella födelseregistret visar att 8,9 procent av den gravida populationen år 2009 var överburna, definierat som en graviditet som varar längre än 42 graviditetsveckor. Faktorer som påverkar risken för överburenhet är maternell ålder över 35 år, övervikt och att vara förstföderska. Hos förstföderskor lyckas heller inte induktion i samma utsträckning som hos flerföderskor (20). Andra faktorer som ökar risken är överburenhet vid tidigare graviditet, samt hereditet (21). Vid införandet av rutinmässig ultraljudsdatering av graviditetslängd sjönk frekvensen av överburenhet ner till 2-3 procent i Sverige, för att därefter öka till dagens högre andel (22). Induktion ökar risken för att förlossningen avslutas med kejsarsnitt eller sugklocka (23), men en stor randomiserad studie kunde år 1992 dock påvisa att den allra största risken för mor och foster är en överburen graviditet i sig, oavsett handläggning, expektans eller induktion (24).

De maternella riskerna vid överburenhet är framförallt värksvaghet, stora bristningar, stora blödningar under och efter förlossningen, atoni, chorionamnionit och endometrit. Sekundärt kan detta leda till en traumatisk förlossningsupplevelse (25). Risken för maternella komplikationer är störst då barnets födelsevikt överstiger 4500 gram (26).

För barnet innebär överburenhet ökade risker i form av mekonium i fostervattnet, mekoniumaspiration, oligohydramnios, fetal stress, låg Apgar, fetal vikt > 4500 gram, låg vikt för graviditetslängden samt förlossningsrelaterade skador (14, 25). Den ökade risken för fetal

födelsevikt > 4500 gram är kopplad till ett förlängt förlossningsförlopp, disproportion mellan fosterhuvud och bäcken samt skulderdystoci, vilket i sin tur ökar risken för ortopediska och neurologiska skador. De fetala riskerna för barnet är störst hos de barn som har en låg födelsevikt för graviditetslängden (26). Anledningen är den uteroplacentära insufficiens som uppstår vid överburenhet och risken för neonatal encefalopati och plötslig spädbarnsdöd är därmed ökad (25). I en svensk studie från 1999 fann man stöd för detta och studien visade att barn som hade låg födelsevikt för gestationslängden löpte en ökad risk för neonatala hälsoproblem såsom Apgar < 4 vid 5 minuters ålder, mekoniumaspiration och neonatala kramper (27). Även senare studier (28) visar att förlossning efter 42 fullgångna graviditetsveckor är förenad med en viss risk för perinatala komplikationer.

Åsikterna om hur överburenhet bör handläggas går isär. (20). Induktion efter 41 fullgångna graviditetsveckor kan minska riskerna för behov av akut kejsarsnitt till följd av fetal stress, och eventuellt minska riskerna för perinatal dödlighet (6). Överburenhet skapar oro hos både barnmorskor, obstetiker och de blivande föräldrarna, främst på grund av de kända ökade riskerna för perinatal sjuklighet och dödlighet (14).

Finns risker med hinnsvepning?

Hinnsvepning beskrivs som en medicinskt säker intervention. De neonatala och obstetriska utfallen är likvärdiga mellan de som genomgår hinnsvepning och kontrollgrupperna (8, 9, 10, 11, 14, 15, 16), och hinnsvepning verkar inte öka risken för maternell infektion (5, 7, 8, 11, 16). I en studie publicerad år 2000 fann dock forskarna en ökad risk för prematur vattenavgång vid hinnsvepning då cervix var dilaterad mer än 1 cm (9). Författarna till studien spekulerade om huruvida svårigheten att göra en korrekt hinnsvepning då cervix dilatation understiger 1 cm skulle kunna förklara resultatet. Detta eftersom hinnsvepning då inte anses kunna utföras fullständigt. Studien indikerar därmed att risker för prematur vattenavgång vid hinnsvepning finns, något som övriga studier inte har påvisat (5, 7, 8, 11, 16). Okomplicerad vaginal blödning har rapporterats som en sideeffekt av hinnsvepning (7, 10, 12) och dessutom har man sett att vaginalblödning kan uppstå under proceduren (6). Med anledning av detta menar studiens författare att hinnsvepning inte bör betraktas som helt riskfritt. Smärtsamma sammandragningar som inte leder till förlossningsstart är vanligare hos kvinnor som genomgår hinnsvepning (5), och sammandragningarna kan orsaka oro och stress (12) med

ökade nivåer av adrenalin hos den gravida kvinnan som följd, vilket i sin tur hämmar produktionen av oxytocin (1).

Hur upplever kvinnor hinnsvepning?

I en studie från 2002 där 60 kvinnor genomgick hinnsvepning uppgav 70 procent att de upplevde obehag under proceduren, och 30 procent av dessa beskrev åtgärden som mycket smärtsamt. Hinnsvepning definierades i studien att "så mycket som möjligt av hinnorna separeras från det nedre uterinsegmentet", huruvida cirkelrörelser användes eller inte, eller hur länge proceduren pågick är inte beskrivet (16). Flera andra studier rapporterar också att många kvinnor upplevde hinnsvepning som obehagligt (7, 14). En nyligen publicerad studie (15) inkluderade 136 kvinnor som genomgick hinnsvepning som ett första led i en induktionsbehandling. Efter hinnsvepningen applicerades prostaglandin i bakre fornix, eller så utfördes amniotomi, och valet berodde på cervix mognad. Utfallet av hinnsvepning som ett led i induktionsbehandlingen var ett snabbare förlossningsförlopp och trots att studiedeltagarna som hinnsvepts upplevde interventionen som smärtsam var de i högre grad nöjda med förlossningsupplevelsen än deltagarna i kontrollgruppen. Cochrane studien (5) konkluderade att smärta är den viktigaste bieffekten av hinnsvepning och menar att den eventuella smärtupplevelsen bör diskuteras med kvinnan före interventionen.

Har hinnsvepning någon effekt?

Åsikterna om huruvida hinnsvepning har någon effekt eller inte går isär, liksom om interventionen skall upprepas eller inte. I en studie från 1997 menar författarna att hinnsvepning i graviditetsvecka 38-40 saknar effekt om den utförs som en engångsföreteelse, men att hinnsvepning vid upprepade tillfällen kan ha effekt (13). En av studierna visade att daglig hinnsvepning från och med graviditetsvecka 41+0 resulterade i färre induktioner på indikation överburenhet (14) och även andra studier visar att upprepad hinnsvepning, här en gång i veckan, kan ge önskad effekt på initiering av förlossning genom oregelbundna kontraktioner (6). I Cochrane-rapporten från 2005 fann man att hinnsvepning är en effektiv metod för att starta upp förlossningsarbetet och att interventionen minskar behovet av induktion på indikationen överburenhet. Behovet av induktion vid överburenhet reduceras med 14 procent då hinnsvepning används, vilket innebär att åtta kvinnor behöver genomgå interventionen för att en kvinna ska undvika induktion med sedvanliga induktionsmetoder

såsom oxytocin, prostaglandin och amniotomi. Författarna till studien diskuterar förekomsten av bias då effekten av hinnsvepning är bättre i de studier som inkluderar färre deltagare. Hinnsvepning har en mindre förutsägbar effekt än sedvanliga induktionsmetoder och är med anledning av detta ett olämpligt val vid behov av brådskande induktion. I mindre brådskande fall kan interventionen vara ett alternativ för kvinnor som föredrar en icke farmakologisk induktionsmetod. Trots att hinnsvepning har effekt på initiering av förlossningsarbetet och reducerar behovet av andra etablerade metoder för induktion vid överburenhet är slutsatsen att nyttan av rutinmässig hinnsvepning på kvinnor i fullgången graviditet är tveksam. Anledningen är interventionen inte anses ha tillräckliga kliniska vinster och att proceduren kan upplevas som obehaglig och smärtsam (5).

Forskning publicerad efter Cochrane rapporten visar på motstridiga resultat. Förespråkare anser att hinnsvepning har effekt genom att reducera risken för överburenhet (7, 10), och (10) menar att en av metodens fördelar är att den är enkel och kan utföras globalt med små medel. Hinnsvepning verkar öka antalet spontana vaginala förlossningar och minskar därmed behovet av andra induktionsmetoder (7). I en annan studie, där 162 kvinnor hinnsveptes en gång i veckan från och med graviditetsvecka 38+0 till och med partus visar resultatet att hinnsvepning saknade förväntad effekt och att interventionen inte påverkade graviditetslängden (9).

Problemformulering

Sammanfattningsvis är nyttan av interventionen fortfarande oklar i relation till det obehag kvinnan utsätts för. Hinnsvepning rekommenderas trots detta i SFOG:s medicinska basprogram. Kvinnor bör enligt SFOG, i fullgången tid och innan det blir aktuellt med sedvanlig induktion, erbjudas hinnsvepning mot bakgrund av att det minskar frekvensen av överburenhet (4). Rekommendationen baseras på Storbritanniens nationella riktlinjer för antenatalvård och omhändertagandet av den friska, gravida kvinnan (29). I dessa riktlinjer hänvisar man i sin tur till en studie från 1998 (12) som undersökt effekten av interventionen. Resultatet visade att hinnsvepning utfört på kvinnor med normal graviditet, i graviditetsvecka 38-40 minskade antalet överburna kvinnor från 13 till 3 procent. Negativa effekter av hinnsvepning kunde inte påvisas, varken maternella eller fetala, med undantag för det eventuella obehag interventionen kunde medföra (12).

Cochrane rapporten (5) rekommenderar inte hinnsvepning på rutin eller som induktionsmetod med anledning av otillräcklig effekt och det obehag och smärta interventionen kan medföra. Svenska studier om interventionen hinnsvepning har inte gått att finna i databaserna PUBMED, CINAHL eller SWE+ då de engelska sökorden ”sweeping of membranes” eller ”stripping membranes” angetts. Behov finns att studera hur svenska barnmorskor verksamma inom öppenvården förhåller sig till denna enkla och omtvistade metod med syfte att initiera förlossning och minska risken för överburenhet.

Syfte

Syftet med studien är att belysa uppfattningen om och användandet av den obstetriska interventionen hinnsvepning på barnmorskemottagningar i Sverige

Frågeställningar

- Använder barnmorskor på Sveriges barnmorskemottagningar sig av interventionen hinnsvepning?
- På vilka indikationer används hinnsvepning av barnmorskor i Sverige?
- Vad anser barnmorskor på svenska barnmorskemottagningar om hinnsvepnings effekt?
- Anser barnmorskor på svenska barnmorskemottagningar att det finns risker med hinnsvepning?
- Finns PM och riktlinjer om hinnsvepning på barnmorskemottagningar i Sverige?

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en webbaserad enkät och designades som en deskriptiv, kvantitativ survey med kvalitativa inslag.

Urval

För att nå ut till barnmorskor verksamma på Sveriges barnmorskemottagningar kontaktades inledningsvis Svenska Barnmorskeförbundet, som bistod med kontaktuppgifter till landets 42 samordningsbarnmorskor. Samordningsbarnmorskorna fungerar som samordnare för Sveriges barnmorskemottagningar och ansvarar för varsitt geografiskt område. För att kunna uttala sig om geografisk representativitet indelades landet i län. Anledningen var att Gotland tillhör Stockholms läns landsting, men är ett eget län. I vissa län verkar en samordningsbarnmorska, medan det i andra, med ett större befolkningsunderlag, finns flera. Samordningsbarnmorskorna är då uppdelade i olika regioner inom länet. Tillsammans täcker samordningsbarnmorskorna in de cirka 515 barnmorskemottagningar som finns i landet, både landstingsanknutna och privata.

Ett brev till samordningsbarnmorskorna utformades med förfrågan om e-postadresser till barnmorskor verksamma på de barnmorskemottagningar vilka hon svarade för. I brevet presenterades studiens syfte samt önskemål om e-postadresser till tre barnmorskor vid varje barnmorskemottagning och att det var önskvärt att följande yrkeserfarenheter skulle vara representerade: kort (<1år), medellång (5-10år) och lång (>20 år) erfarenhet i yrket.

Insamling av e-postadresser pågick under tio arbetsdagar. Påminnelse skickades till de samordningsbarnmorskor där respons uteblivit. Flera samordningsbarnmorskor missuppfattade urvalsförfarandet och returnerade endast tre e-postadresser totalt. Ytterligare e-post skickades då med förtydliganden. Några av samordningsbarnmorskorna söktes per telefon och den vanligaste anledningen var utebliven kontakt, med resultatet att länet inte skulle bli representerat i studien. En del samordningsbarnmorskor skickade e-postadresser till

chefsbarbmorskor på de barnmorskemottagningar de ansvarade för istället för de efterfrågade e-postadresserna. Detta med anledning av att samordningsbarnmorskorna saknade kunskap om barnmorskornas yrkeserfarenhet och att de därmed inte hade möjlighet att tillgodose önskemål om urval. Sammanlagt 40 chefsbarnmorskor kontaktades via e-post tillsammans med ett modifierat brev med samma innehåll som till samordningsbarnmorskorna utfärdades. En av samordningsbarnmorskorna önskade distribuera enkäten via brev i pappersform med hänvisning till överbelastad e-postbrevlåda och att det skulle kunna resultera i en bättre svarsfrekvens. Med anledning av detta skickades tre enkäter tillsammans med frankerade returkuvert och ett informationsbrev till de tre respondenter som tillhörde urvalsgruppen i hennes region.

Datainsamlingsmetod

För att möjliggöra datainsamling från en större studiepopulation, i ett stort geografiskt område och under en begränsad tidsperiod konstruerades web-enkäter i systemet Websurvey (30). Programmet är webbaserat och administreras via en webbläsare. Användarkontot till programmet ägdes av Landstinget Dalarna där studiens handledare är aktiv som forskare vid Centrum för Klinisk Forskning Dalarna, Dalarnas läns landsting. Olika möjligheter erbjöds i utformningen av frågornas, vilket passade enkäten då den innehöll flera frågetyper. Studiedeltagarna tilldelas användarnamn och lösenord, vilket innebär att respondenten kunde garanteras svarsanonymitet samt möjlighet att korrigera eller ändra svaren. Programmet hanterade påminnelser via e-post till de respondenter där svar uteblivit, och författarna valde tidsintervall för tidpunkten. Svarsrapporter kunde skapas löpande under arbetets gång. Möjlighet erbjöds också att exportera enkätsvaren till valfritt analys- och presentationsprogram, i detta fall Excel och Word.

Enkäten skickades ut vid tre tillfällen med två arbetsdagars mellanrum. Anledningen till flera utskick var att 118 e-postadresser erhöles efter datumet för det första utskicket. E-postadresser som erhöles senare än tio arbetsdagar efter det första utskicket exkluderades. Sammanlagt 451 enkäter skickades ut tillsammans med ett följebrev, i vilket deltagarna informerades om studiens syfte, att den beräknade tidsåtgången för att fylla i enkäten var fem minuter, att deltagandet var frivillig och att svaren skulle behandlas konfidentiellt. Kontaktuppgifter till studiens författare bifogades. Respondenterna hade möjlighet att svara på enkäten under 11,

10, 9 respektive 8 arbetsdagar beroende på när utskicket skedde. Under denna tidsperiod skickades två påminnelser ut till de barnmorskor som inte svarat på enkäten.

Enkätfrågornas utformning

Enkätfrågorna konstruerades utifrån litteratur (31,32) och klinisk erfarenhet och därefter utformades en pilotenkät. Tre barnmorskor med olika lång yrkeserfarenhet svarade på pilotenkäten och deras åsikter tillhandahölls muntligt och skriftligt. Enkäten omarbetades med hänsyn till testpersonernas synpunkter. "Content validity" säkerställdes genom att en erfaren barnmorska och en obstetriker granskade frågorna och bedömde deras relevans (33).

Enkäten bestod av öppna frågor, samt slutna frågor med flera svarsalternativ och efterfrågade antal år i yrket, i vilket län barnmorskan var yrkesverksam och om respondenten var man eller kvinna. För att ha möjlighet att säkerställa att det var den tänkta studiepopulationen som besvarade enkätfrågorna utformades en sluten fråga som efterfrågade om respondenten utförde hälsokontroller under graviditeter eller inte. I enkäten efterfrågades om barnmorskan använde sig av hinnsvepning, och svarsalternativen här begränsades till "ja, ofta", "ja, ibland", eller "nej, aldrig". Två frågor behandlade huruvida barnmorskan tidigare använt sig av hinnsvepning, men slutat, samt i så fall varför hon/han slutat. Anledningen till att barnmorskan slutat med hinnsvepning efterfrågades i en öppet ställd fråga. För att inhämta kunskap om orsaken till att barnmorskor eventuellt aldrig använde sig av hinnsvepning angavs alternativa svarsmöjligheter i en sluten fråga. Alternativen var "avsaknad av kunskap om interventionen", "avsaknad av befogenhet", "ingår ej i policyn på arbetsplatsen", "hinnsvepning saknar effekt", "hinnsvepning har negativa bieffekter under proceduren", "hinnsvepning har negativa effekter efter proceduren", "hinnsvepningen innebär negativa bieffekter både under och efter proceduren", samt "annat" där respondenten själv kunde uttrycka sig fritt. En fråga sökte svar på om de gravida kvinnorna själva efterfrågade hinnsvepning, och här var svarsalternativen "ja, ofta", "ibland", "nej, sällan", "aldrig", samt "vet ej". Två av frågorna var av öppen design och efterfrågade barnmorskans indikationer för att utföra hinnsvepning, samt om det fanns några särskilda kriterier som skulle gälla för att barnmorskan skulle utföra proceduren. I en fråga efterfrågades huruvida barnmorskan upplevde hinnsvepning som en effektiv induktionsmetod och svarsalternativen var "ja", "nej" och "ibland", samt lämnade utrymme för kommentarer. Två frågor sökte svar på om barnmorskan upplever att hinnsvepning har negativa bieffekter under och/eller efter

proceduren. Svartalternativen var "ja, ibland", "ja, ofta", "nej, sällan", "nej, aldrig". Om svaret på en, eller båda, av dessa två frågor var jakande ombads barnmorskan besvara vilka bieffekter hon ansåg föreligga. Dessa svarsalternativ bestod av "smärta", "obehag", "blödning", "smärtsamma sammandragningar", "för tidig vattenavgång", eller "annat" där respondenten själv kunde beskriva biverkningar. "Infektion" var ytterligare ett möjligt svarsalternativ då frågan gällde bieffekter efter hinnsvepning. En fråga efterfrågade om hinnsvepning ingick i rutinerna på barnmorskans mottagning. Svartalternativen var "ja", "nej", "vet ej", och barnmorskan ombads även beskriva rutinen i fri text om svaret var jakande. Sista frågan i enkäten efterfrågade huruvida det fanns ett PM på den aktuella barnmorskemottagningen. Svartalternativen var "ja", "nej" och "vet ej". I de fall där PM fanns, ombads respondenten sända det till författarna.

Analys av slutna frågor

De slutna frågorna redovisades i tabeller, figurer och löpande text. Merparten av resultatet redovisas i procent, i samtliga fall redovisas antal svar (n). För att tydliggöra resultatet i några av frågorna exkluderades de respondenter som inte svarat på frågan. Detta innefattade: fråga 7, där endast resultatet av de respondenter som svarat redovisas och fråga 10, 11, 12, 13 och 14, där endast de barnmorskor som någon gång utfört hinnsvepning ombads svara på frågan.

Analys av öppna frågor och kommentarer i löpande text

Texten från de öppna frågorna bearbetades med hjälp av en innehållsanalys vilken inspirerats av Granheim och Lundman. Innehållsanalysen möjliggör tolkningar, och att slutsatser kan dras av ett kvalitativt innehåll (34).

Svaren från de öppna enkätfrågorna och kommentarerna i löpande text lästes i ett första steg igenom i syfte att överblicka innehållet och textens helhet. Anteckningar gjordes fortlöpande för att identifiera meningsbärande enheter, som sedan kunde brytas ned och förkortas, men ändå behålla hela innehållet. Därefter sorterades de meningsbärande enheterna till kategorier utifrån likheter och olikheter i innehåll. Vissa kategorier omformulerades efter ytterligare granskning för att bättre anpassas till de meningsbärande enheterna. Proceduren pågick tills dess att de meningsbärande enheterna sorterats in under vardera kategori. I många av svaren återfanns fler än en meningsbärande enheter, vilket resulterade i exempelvis fler indikationer

för hinnsvepning än antalet barnmorskor som svarat på frågan. Exempel på innehållsanalysens utformning presenteras nedan:

Meningsbärande enheter	Kategorier
Rädsla för bieffekter och risker Vaginalundersökningar på gravida kvinnor undviks Anser ej att hinnsvepning bör utföras inom öppenvården Lång resväg till förlossningsvård och läkarvård	Risker
Upplever att hinnsvepning är ineffektivt	Tror ej på effekten
Utförs endast av läkare eller på läkarordination	Riktlinjer

Etiska ställningstaganden

Då studiepopulationen var en yrkesgrupp saknades behov av etiskt tillstånd. I enkätundersökningar är författarna helt beroende av respondenternas välvilja att delta i studien och stor vikt lades på att uttrycka tacksamhet till studiedeltagare, samordningsbarnmorskor och chefsbarnmorskor. I de fall där samordningsbarnmorskor eller chefsbarnmorskor svarade att de inte hade möjlighet att delta på grund av hög arbetsbelastning respekterades detta utan ytterligare påtryckningar. I det följebrev som skickades ut tillsammans med enkäten informerades respondenterna om syftet med studien, vilken information som efterfrågades, hur informationen skulle användas, beräknad tidsåtgång för att besvara enkäten, att deltagandet var frivilligt och att de inhämtade uppgifterna skulle behandlas konfidentiellt

Resultat

Totalt tillfrågades 451 barnmorskor om att delta i studien, och 223 besvarade enkäten. Den totala svarsfrekvensen var alltså 49,4 procent.

Tabell 1 visar att barnmorskor från hela Sverige fanns representerade i studien, från Norrbotten till Skåne, även om några län inte fanns representerade; Västernorrlands län, Gävleborgs län, Västmanlands län, Dalarnas län och Jönköpings län. Samtliga av studiedeltagarna var kvinnor och 96,9 procent svarade ja på frågan om de utförde hälsokontroller av gravida kvinnor.

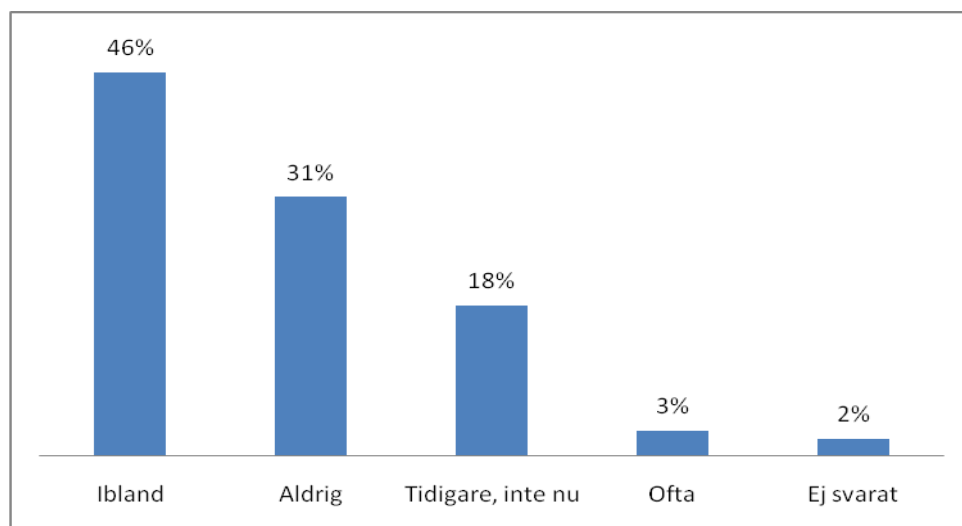
Tabell 1 (n=223)

	ÅR	%
Yrkesverksam som barnmorska. År (medel, range)	20 (0-43)	
Länstillhörighet		
Blekinge	8	3,6
Gotland	3	1,3
Halland	16	7,2
Jämtland	3	1,3
Kalmar	13	5,8
Kronoberg	9	14
Norrbotten	31	13,9
Skåne	20	9
Stockholm	18	8,1
Södermanland	4	1,8
Uppsala	5	2,2
Värmland	33	14,8
Västerbotten	18	8,1
Västra Götaland	28	12,6
Örebro	2	0,9

Östergötland	7	3,1
Ej svarat, oklart	5	2,2

Användandet av hinnsvepning

Sammanlagt 150 av barnmorskorna, 67,3 % hade använt sig av interventionen hinnsvepning. De flesta gjorde det ibland, ett fåtal gjorde det ofta och andra hade gjort det tidigare, men slutat (Figur 1). Ju kortare tid i yrket, desto mindre var sannolikheten att barnmorskan någon gång utfört hinnsvepning. Av de respondenter som hörde till gruppen med längst tid i yrket (43-51 års yrkeserfarenhet) hade 17 procent aldrig utfört hinnsvepning, jämfört med gruppen med kortast yrkeserfarenhet (0-10 år), där motsvarande siffra var 31 procent.



Figur 1. Barnmorskors användande av hinnsvepning (n=223).

Anledningar till att barnmorskan slutat utföra hinnsvepning utmynnade i fyra kategorier; risker, att barnmorskan inte tror på effekten, riktlinjer samt attityder. Risker innebar att barnmorskor fruktade komplikationer i samband med hinnsvepning och att många därför ansåg att interventionen inte borde utföras i öppenvården.

”Har gjort det en enda gång! Började sedan tänka på risker med ev vattenavgång eller blödning som jag inte kan hantera här. Fick också reda på att vi inte ska göra det på min arbetsplats”.

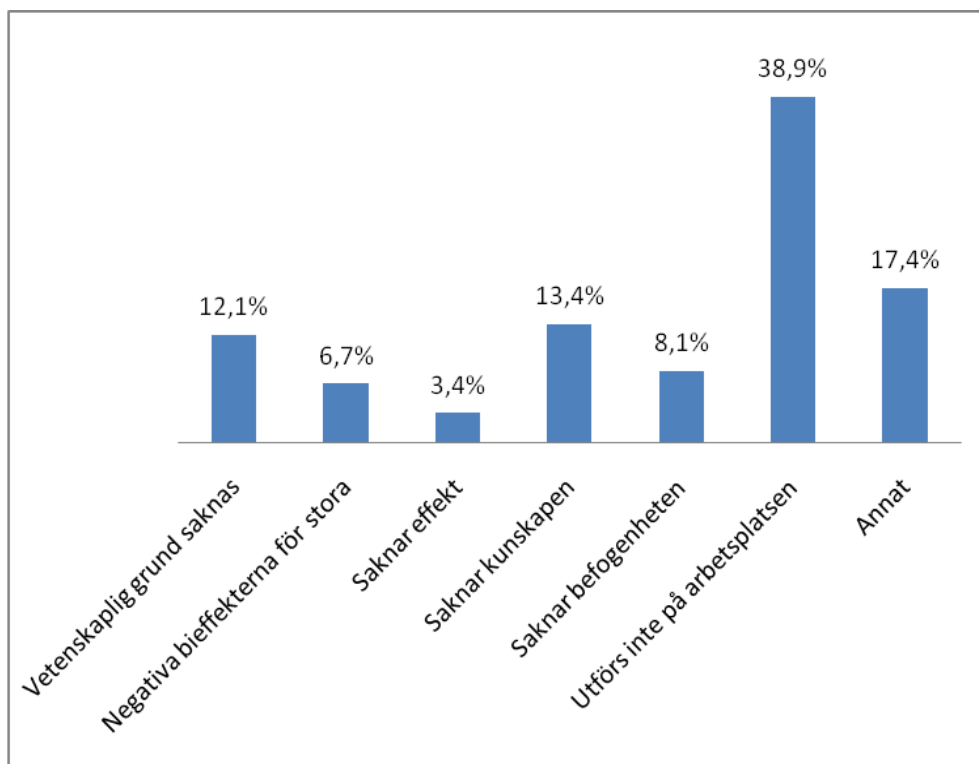
Andra hade fått direkt om, eller ansåg själva, att vaginalundersökningar i graviditeten bör undvikas.

”Det blev sagt att vi inte skulle känna vaginalt, och med det försvann det”.

Några av barnmorskorna betonade olämpligheten med att utföra interventionen på barnmorskemottagningar i glesbyggd, med anledning av stora geografiska avstånd till läkare och förlossningsklinik.

Under kategorin riktlinjer uppgav barnmorskorna att de slutat utföra hinnsvepning för att interventionen nu enbart utfördes av läkare eller på läkarordination. I andra fall var direktiven på arbetsplatsen att inte utföra interventionen överhuvudtaget. Under kategorin attityder utfördes inte hinnsvepning längre för att det ansågs omodernt.

De vanligaste anledningarna till att barnmorskor aldrig använt sig av hinnsvepning var att det inte utfördes på arbetsplatsen, att man saknade kunskapen, eller ”annat”. Anledningarna presenteras i figuren nedan.



Figur 2. Anledningar till att barnmorskor inte använde sig av hinnsvepning (n=149).

De respondenter som angav svarsalternativet ”annat” ombads beskriva anledningarna i fri text. Anledningarna överrensstämmer väl med varför barnmorskor som tidigare använt interventionen slutat. Både kategorierna risker och riktlinjer återfinns. Riskerna med hinnsvepning handlade främst om rädsla för smärta, blödning, vattenavgång utan värkar samt infektion. Andra anledningar var att riktlinjerna i regionen inte förespråkade hinnsvepning, eller att hinnsvepning endast utfördes av läkare, eller att läkarordination var nödvändigt. Lång resvägen till läkare och förlossning var en annan anledning, liksom avsaknad av kunskap om, och erfarenhet av interventionen. En respondent menade att en barnmorska inte bör ingripa i och påverka det normala förloppet.

”Enligt våra riktlinjer ska vi på mottagningen ej utföra hinnsvepning. Vi kontrollerar aldrig cervix status här.”

” Rutinerna är att minska VU med tanke på uppstigande infektioner”

Indikationer för användandet av hinnsvepning

Hinnsvepning användes på barnmorskemottagningar i Sverige framförallt i syfte att undvika överburenhet. Ett fåtal barnmorskor uppgav att de utförde hinnsvepning vid medicinska komplikationer såsom preeklampsi, högt blodtryck, diabetes och graviditetsklåda i syfte att initiera förlossningsstart. Bland humanitära skäl framkom situationer som: foglossning, ryggsmärta, svullnad, psykosociala skäl, dålig sömn samt att kvinnan tröttnat och var less på graviditeten.

Tabell 2. Indikationer för hinnsvepning (n=164).

INDIKATIONER	ANTAL
Efterfrågas av kvinnan	30
Förvärkar	17
Humanitära skäl	20
Inför induktion	2
Lång/jobbig latensfas	9
Läkarordination	14
Misstanke stort barn	5
Undvika överburenhet	38
Vid överburenhet	23
Andra medicinska skäl	6

Förutsättningarna för att hinnsvepning skulle utföras var framförallt fullgången graviditet och ett gynnsamt cervixstatus. I vilken graviditetsvecka hinnsvepning utfördes varierade.

Majoriteten uppgav att graviditeten skulle vara fullgången, andra preciserade exakt uppnådd graviditetslängd. Ett gynnsamt cervixstatus definierades på olika sätt, och beskrevs i termer av öppningsgrad, konsistens, position och utplåningsgrad. Flertalet uppgav att kvinnans positiva inställning till interventionen var en förutsättning för att utföra hinnsvepning vilket beskrevs i ordalag som motiverad, positivt inställd och/eller välinformerad. Andra förutsättningar var fysiska besvär i form av ryggsmärta, bäckenuppluckring och smärtsamma förvärringar. Mer allmänna förutsättningar som tillhörde kategorin ”fysiska besvär” var att graviditeten beskrevs som jobbig eller besvärlig.

Förutsättningar för att utföra hinnsvepning, svar från en öppen fråga.

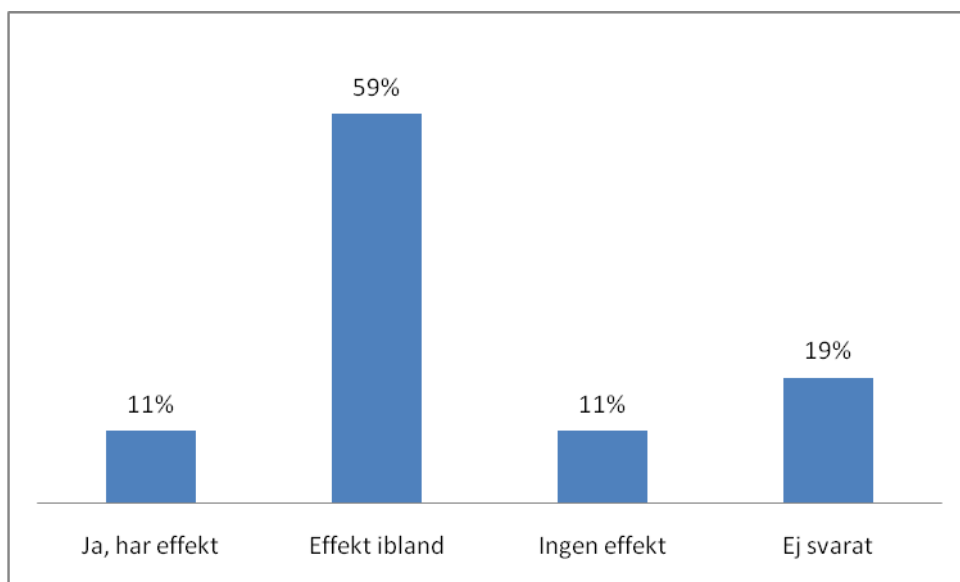
Meningsbärande enheter sammanställda i kategorier.

Meningsbärande enhet	Kategori
Mogen cervix Cervix mjuk Cervix mediosacralt riktad Cervix centralt riktad Cervix utplånad Cervix nästan utplånad Förkortad cervix Inre modernmunnen öppen för minst 1 finger Inre modernmunnen öppen > 1-2 cm Inre modernmunnen öppen för 2 fingrar Inre modernmunnen öppen 2-3 cm Inre modernmunnen öppen 4-5 cm	Gynnsamt cervixstatus
Så nära fullgången som möjligt Fullgången graviditet Överburen Graviditetsvecka 36+0 tom v 37+0 på läkarordination From graviditetsvecka 37	Uppnådd graviditetslängd

From graviditetsvecka 38 I graviditetsvecka 39 From graviditetsvecka 39+6 I graviditetsvecka 38-42 From graviditetsvecka 40 I graviditetsvecka 41 From graviditetsvecka 41 I graviditetsvecka 41-42	
Fixerat i bäckeningången Ruckbart i bäckeningången	Fosterhuvudets presentation
Helst omföderska Omföderska	Paritet
Avsaknad av kontraindikationer Bra fosterljud Ej vid misstänkt vattenavgång Ej lågt sittande placenta Avsaknad av kontraktioner	Normal graviditet
Besvärlig graviditet där förlossning kan hjälpa Jobbig graviditet Jobbiga förvärrar Bäckenuppluckring Ryggbesvär	Fysiska besvär
Samtycke Önskemål från kvinnan Kvinnan ska vilja Kvinnan vara motiverad Kvinnan positivt inställd Välinformerad kvinna Kvinnan ska inte tycka att interventionen är för besvärlig	Kvinnans inställning

Uppfattning om hinnsvepnings effekt

De som någon gång utfört hinnsvepning (n=150) tillfrågades om de upplevde hinnsvepning som en effektiv metod för att sätta igång förlossningsarbetet. Majoriteten av barnmorskorna ansåg att interventionen hade effekt ibland (Figur 3).

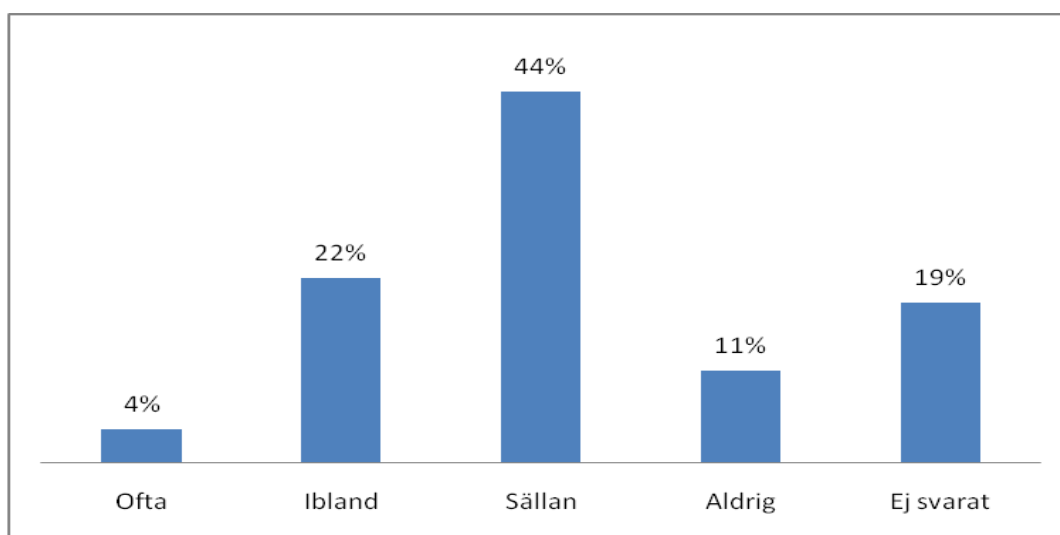


Figur 3. Barnmorskors uppfattning om effekten av hinnsvepning (n=150)

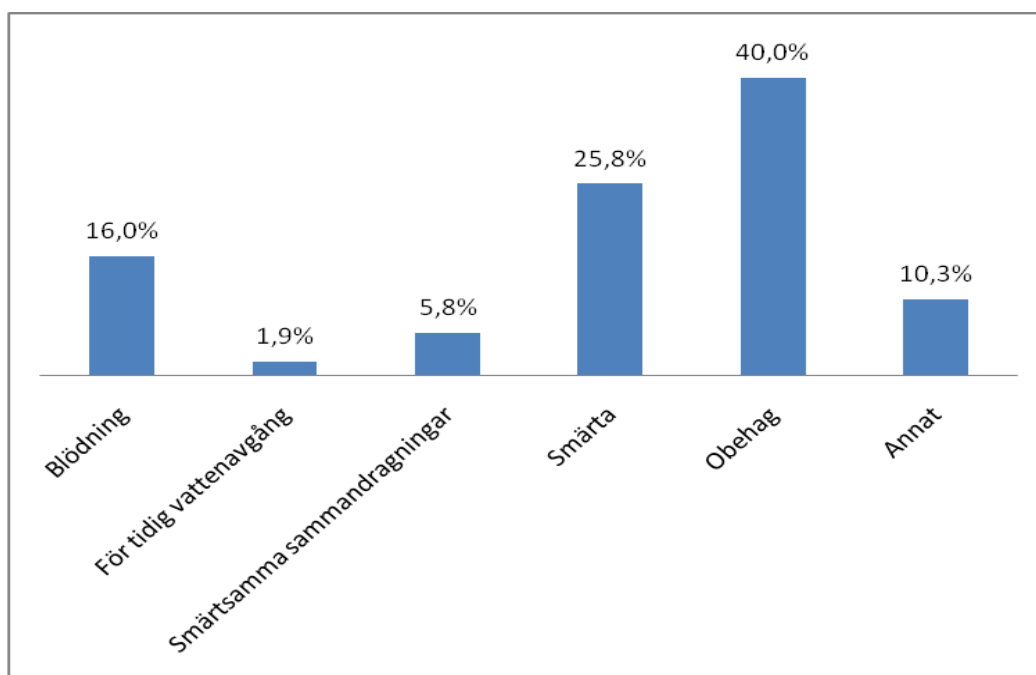
Av de barnmorskor som någon gång utfört hinnsvepning (n=150) kommenterade 42 stycken den upplevda effekten av interventionen i löpande text. Somliga ansåg att interventionen hade mycket god effekt på initiering av förlossningsarbetet, och att partus oftast inträffade med ett tidsintervall på några timmar upp till några dygn efter interventionen. Många barnmorskor poängterade att chansen till god effekt ökade vid ett gynnsamt cervixstatus, samt om kvinnan var omföderska. Att kvinnan var välinformerad före interventionen ansågs vara av stor vikt. En av respondenterna upplevde bättre effekt då interventionen kombinerades med akupunktur och en annan pekade på den psykologiska vinning med hinnsvepning kunde medföra då kvinnan upplevde att ”man gör något”. Att utföra hinnsvepning inför en sedvanlig induktion ansågs förbättra chanserna för att induktionen skulle lyckas. De barnmorskor som var tveksamma till effekten av hinnsvepning menade att proceduren i vissa fall endast gav pinvärkar.

Upplevda risker med hinnsvepning

De flesta av barnmorskorna som någon gång utfört hinnsvepning (n=150) ansåg att negativa bieffekter under interventionen var sällsynta. De barnmorskor som upplevde att negativa biverkningar förekom uppgav sammanlagt 155 bieffekter, där obehag och smärta ansågs vara de vanligast förekommande. För tidig vattenavgång ansågs vara en mycket ovanlig bieffekt



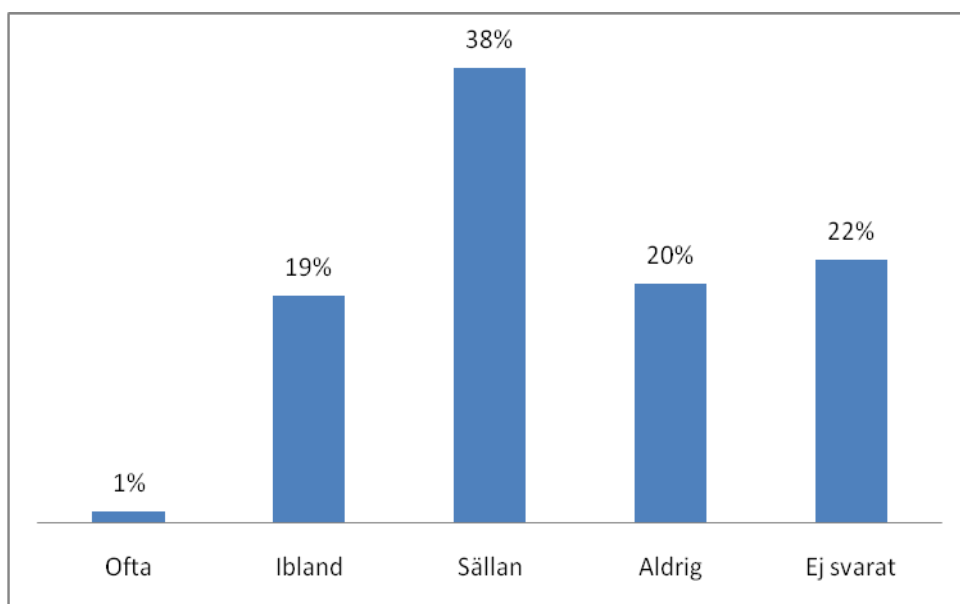
Figur 4. Barnmorskors uppfattning om förekomst av negativa bieffekter under interventionen (n=150)



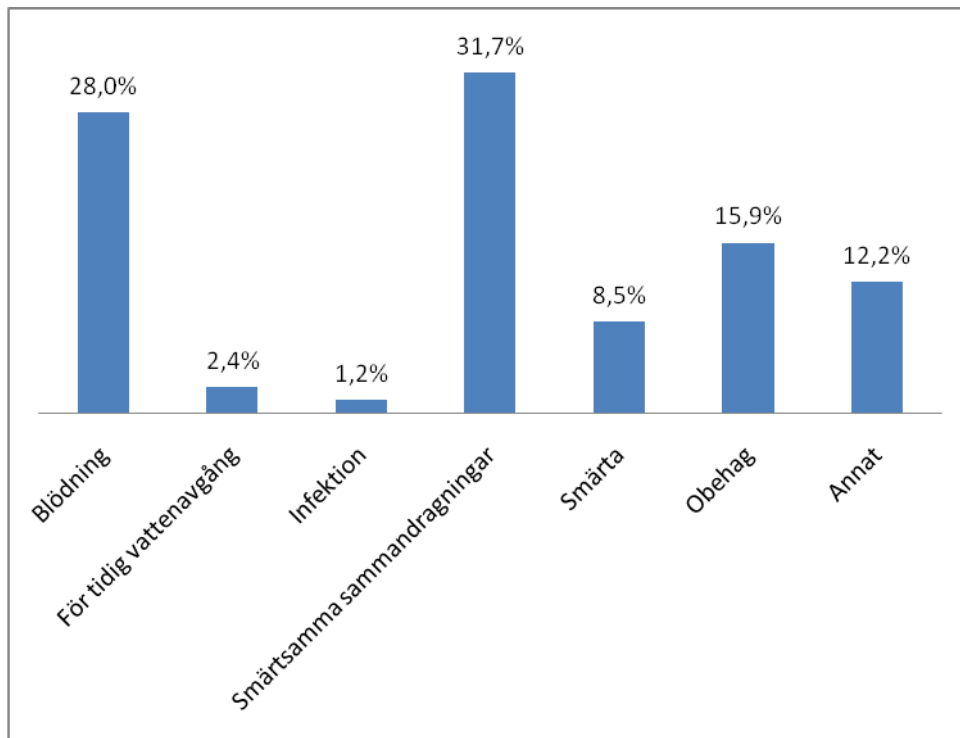
Figur 5. Barnmorskors upplevda bieffekter under interventionen (n=155).

Flertalet barnmorskor ansåg att tydlig information om interventionens effekt och eventuella biverkningar motverkade att interventionen upplevdes som besvärlig. Om kvinnan under proceduren uttryckte obehag eller smärta uppgav några av barnmorskorna att de avbröt interventionen. Kvinnor som efterfrågade hinnsvepning ansågs vara starkt motiverade till interventionen och en av respondenterna ansåg att obehag, smärta eller blödning inte borde betraktas som en biverkan, utan som en del av det normala och eftersträvarsvärda. En annan barnmorska menade att de eventuella förvärkarna kunde ha en negativ inverkan på kvinnans kommande förlossningsarbete med anledning av potentiell stress och sömnbrist.

De flesta barnmorskorna ansåg att bieffekter efter proceduren förekom sällan eller aldrig vilket redovisas i figuren nedan.

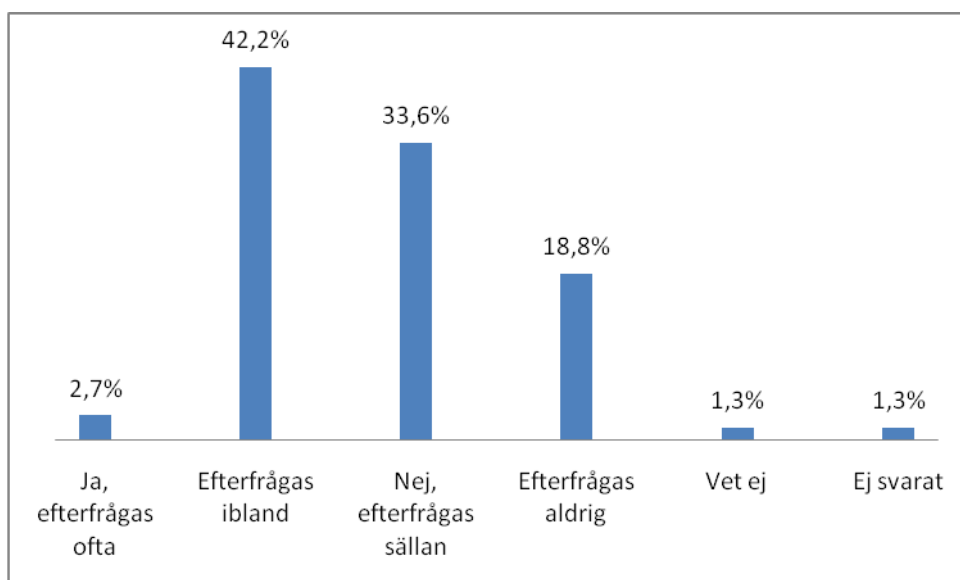


Figur 6. Barnmorskors uppfattning om förekomst av negativa bieffekter efter interventionen (n=150)



Figur 7. Barnmorskors upplevda bieffekter efter interventionen (n=82).

Många barnmorskor uppgav att hinnsvepning efterfrågades ibland, och en mycket liten andel att interventionen efterfrågades ofta vilket synliggörs i figuren nedan.



Figur 8. Barnmorskors uppfattning om gravida kvinnors efterfrågan av hinnsvepning (n=223).

Förekomst av rutiner och PM om hinnsvepning

Flertalet barnmorskor, 79 procent uppgav att rutiner kring hinnsvepning saknades på arbetsplatsen. Av de 17 procent som uppgav att rutiner fanns var den vanligast förekommande rutinen att erbjuda alla gravida kvinnor hinnsvepning i vecka 41. Många utförde också hinnsvepning som rutin från och med 40 fullgångna graviditetsveckor och ett flertal refererade till SFOG:s rekommendationer om hinnsvepning i fullgången tid. Andra angav att interventionen erbjöds ibland eller vid efterfrågan. En av barnmorskorna uppgav att var och en själva gjorde som de ville och en annan svarade att det i kåren var allmänt vedertaget att äldre barnmorskor utförde hinnsvepning. En annan respondent svarade att arbetsplatsen saknade rutiner rörande hinnsvepning, men att deras mödrahälsovårdsöverläkaren (MÖL) var positiv till interventionen. Endast två av respondenterna beskrev praktiska komponenter rörande interventionen. Den ene beskrev hur barnmorskan lossar hinnpolerna för att påskynda förlossningsstart, den andra att steril handske används under proceduren och att fosterljuden avlyssnas efteråt.

Att PM om hinnsvepning förekom på arbetsplatsen var ovanligt och endast 3 procent av respondenterna uppgav att det fanns, medan 89 procent uppgav att det saknades. Övriga 6 procent av de 219 respondenter som svarade på frågan saknade vetskap om ett PM fanns eller inte. En av barnmorskorna uppgav att hon önskade ett PM om interventionen.

Sammanfattningsvis är riktlinjer, men framförallt PM om hinnsvepning ovanligt förekommande på de barnmorskemottagningar som ingick i studien

Resultatdiskussion

Bara hälften av barnmorskorna på svenska barnmorskemottagningar använder interventionen hinnsvepning i syfte att initiera förlossningsstart och därmed följs inte SFOG:s rekommendationer (4) på många av de barnmorskemottagningar som inkluderades i studien. Däremot följer flertalet Cochrane rapportens rekommendationer, vilken avråder från rutinmässig användning, men påtalar att interventionen har effekt och kan brukas i enskilda fall (5).

Misstanke finns om att uppskattningen av antalet barnmorskor i Sverige som använder sig av hinnsvepning i syfte att initiera förlossningsstart är överskattad. Anledningen till misstanken är syftets formulering och ordvalen ” huruvida svenska barnmorskor använder, eller inte använder hinnsvepning”, vilket kan ha föranlett att enbart respondenter som använder interventionen trodde sig vara aktuella för deltagande i studien. Ett exempel på detta skulle kunna vara Dalarnas läns landsting varifrån inga enkätsvar erhöles trots att en större mängd enkäter skickades till barnmorskor verksamma i länet. Enligt uppgift av en barnmorska i Dalarnas läns landsting används inte interventionen där, och bortfallet skulle kunna tyda på att barnmorskor i Sverige använder interventionen i större utsträckning än studien indikerar.

Trots SFOG:s rekommendationer uppger alltså nära hälften att de inte använder sig av interventionen och mot bakgrund av det potentiella bortfallet av respondenter som inte använder interventionen skulle de kunna vara ännu fler. I öppna kommentarer menar man att hinnsvepning blivit omodernt och att det framförallt är äldre barnmorskor som använder interventionen. Detta styrks också av sambandet mellan att barnmorskor med fler år i yrket någon gång använt interventionen jämfört med mindre erfarna kollegor. Att interventionen inte heller lärs ut under barnmorskeutbildningen på Karolinska Universitetssjukhuset antyder att hinnsvepning trots rekommendationer i SFOG:s basprogram (4) skulle kunna vara på tillbakagång.

Tidpunkten för när hinnsvepningen utförs på svenska barnmorskemottagningar är svårtolkat. Flertalet barnmorskorna uppger att de utför interventionen då kvinnan är fullgången, vilket per definition är mellan vecka 37+0 till 42+0 (4). En av barnmorskorna har själv definierat fullgången graviditet som att kvinnan passerat datumet för beräknat partus vilket indikerar att åtminstone en av respondenterna inte använder sig av WHO:s definition (4) i detta sammanhang.

Den stora skillnaden i användandet visade sig vara hur hinnsvepning användes, rutinmässigt eller på andra grunder. Hos barnmorskor som inte utförde interventionen rutinmässigt visade resultatet att kvinnans inställning och efterfrågan var en vanligt förekommande indikation för hinnsvepning. Cochrane rapporten (5) rekommenderar inte rutinmässig användning, men menar att hinnsvepning har effekt på initiering av förlossningsarbetet och skulle kunna vara ett alternativ till kvinnor som önskar en icke medicinsk induktionsmetod. Att kvinnan själv efterfrågar interventionen indikerar motivation och anses kunna appliceras på Cochrane

rapportens (5) förslag till användning. Resultatet visar att majoriteten av de barnmorskor som utför interventionen gör det i syfte att undvika överburenhet, vilket är förenligt med SFOG:s rekommendationer. Ett fåtal utför hinnsvepning på medicinska indikationer vid komplicerad graviditet vilket inte inkluderas i barnmorskans ansvarsområde, såsom preeklampsi, diabetes eller högt blodtryck, där snar initiering av förlossningen är av nytta för mor och foster. Dessa indikationer strider mot både SFOG:s (4) rekommendationer då syftet med interventionen är att förhindra överburenhet och Cochrane rapporten (5) vilken menar att hinnsvepning inte bör användas då behov av induktionen är brådskande.

Cochrane rapporten menar att hinnsvepning kan ha effekt på initiering av förlossningsarbete men att effekten är osäker (5). Majoriteten av barnmorskorna i vår studie upplevde att hinnsvepning hade effekt ibland men den egentliga orsaken till vad som startar förlossningsarbetet, hinnsvepning eller spontan förlossningsstart ansågs svår att bedöma. Effekten av interventionen upplevdes som större då den kliniska bedömningen hade varit att förlossningen ändå ”var på gång att starta spontant”; vid ett gynnsamt cervixstatus eller då kvinnan var flerföderska. Barnmorskors osäkerhet på interventionens effekt och att uppfattningen om effekten går isär skulle kunna vara ett uttryck för detta. Osäkerheten kan också härledas till Cochranerapportens resultat om att hinnsvepningens effektivitet är osäker (5). Några barnmorskor uppgav att vaginalundersökning på gravida kvinnor undviks i öppenvården vilket omöjliggjorde utförandet av hinnsvepning. Anledningar till att undvika vaginalundersökning på gravida var rädsla för infektion, för tidig vattenavgång och blödning. Problemet är att en del barnmorskor undviker gynundersökning inom öppenvården, vilket omöjliggör denna bedömning.

Den allmänna uppfattningen bland de barnmorskor i studien som använder sig av hinnsvepning, är i enlighet med tidigare forskning att de negativa bieffekter, både under och efter hinnsvepning, är sällsynta. Värt att notera är att av de barnmorskor som inte använde sig av interventionen var en vanlig orsak just rädslan för risker såsom infektion, blödning och förtidig vattenavgång. Hur smärta, obehag, blödning och smärtsamma sammandragningar upplevdes och tolkades av den gravida kvinnan, ansågs vara relaterat till graden av god information om interventionen. I de fall där kvinnan erhållit adekvat information menade barnmorskor att negativa biverkningar istället kunde upplevas som en del av proceduren och i vissa fall som något eftersträvänsvärt. Resultatet indikerar att barnmorskor upplever att motivation förstärks av god information.

SLUTSATS

Sammanfattningsvis följer inte de barnmorskor som ingår i studien SFOG:s rekommendationer om hinnsvepning, men däremot följs Cochranerapportens råd från 2005. De barnmorskor som använder sig av hinnsvepning anser att interventionen är motiverad, och att god effekt kan uppnås då kvinnan är motiverad, välinformerad, fullgången, flerföderska och har ett gynnsamt cervixsstatus. Resultaten tyder också på att svenska barnmorskor anser att hinnsvepning skulle kunna vara ett första led i en sedvanlig induktion som bör prioriteras med anledning av goda resultat, vilket styrks av tidigare forskning och rekommenderas av SFOG (4, 6).

Metoddiskussion

Enkätstudien är framförallt av kvantitativ design och data har analyserats deskriptivt. Enkäten har kompletterats med öppna frågor vilka analyserats med kvalitativa analysmetoder.

Deskriptiv design används för att beskriva en händelse, eller situation i dess naturliga element och metoden kan användas för att återge frekvensen av en händelse, i detta fall hinnsvepning (31, 33). Att använda en survey och samla in data med hjälp av enkäter ansågs lämpligt för att besvara studiens frågeställningar. En survey ställer krav på att urvalet ska vara representativ för studiepopulationen, vilket tyvärr inte riktigt kunde uppfyllas vid rekryteringen till den här studien. Men mot bakgrund av att enkätfrågorna riktades till ett stort antal respondenter ur populationen, i detta fall en hel yrkeskår, och att dessa fanns spridda över hela landet, från ett stort antal barnmorskemottagningar anser vi ändå att resultaten är värdefulla (35).

Enkätundersökningar anses lämpliga för att erhålla information om ett specifikt fenomen, bidra med information om attityder (31) och för att ställa känsliga frågor eftersom anonymitet och/ eller konfidentiell behandling kan garanteras (31, 36). Nackdelar med enkätundersökningar kan vara risken för låg svarsfrekvens och svårigheten att följa upp frågor (36). Enkätundersökningar som distribueras per e-post ger dessutom ett större bortfall än vid personligen distribution (31). Att enkätfrågorna distribuerades i en pilotenkät samt granskades av en erfaren barnmorska och obstetriker i ett så kallat face validity-test innebar att validiteten kontrollerades och att studien kan anses mäta det den var ämnad att mäta. Studiens reliabilitet styrks av det relativt stora antalet studiedeltagare samt den stora geografiska spridningen.

Aspekter på bortfallet är bland annat en uttalad trötthet när det gäller att delta i enkätundersökningar, vilket uttrycktes i att beslut om deltagande i studien i två kända fall först diskuterades på möten. En annan aspekt är att författarna till studien var barnmorskestudenter, vilket skulle kunna innebära att deltagandet i studien inte bedömdes som så viktigt.

Att kontakta samordningsbarnmorskor för att erhålla e-postadresser till studiepopulationen fungerade relativt väl. Några av samordningsbarnmorskor ansåg att barnmorskor i deras distrikt inte borde tillfrågas om att delta i studien. Skäl som angavs var att barnmorskor i distriktet inte ansågs ha tid eller ork att delta, att hinnsvepning inte utfördes i regionen och att studien därför inte var aktuell för barnmorskor verksamma i området, eller att samordningsbarnmorskan var tveksam till att lämna ut e-postadresser generellt. I ett annat fall uttryckte samordningsbarnmorskan i ett eget informationsbrev till barnmorskorna i området regionens inställning till interventionen, vilket kan ha färgat respondenterna i deras svar.

Tillvägagångssättet att skaffa e-postadresser hade ett flertal svagheter, t ex att studiens författare var beroende av att en enda person var i tjänst och kunde förmedla adresserna. Andra begränsningar var av teknisk art då möjlighet inte fanns för samordningsbarnmorskor/chefsbarnmorskor att själva distribuera enkäten, något som i vissa fall var ett önskemål. Med anledning av metodinsamlingens svagheter och tidsbegränsning är representationen av barnmorskor i respektive län snedfördelat och jämförelser mellan studiedeltagare i respektive län eller region har inte gjorts.

Missuppfattningen av informationsbrevet som följde förfrågning om e-postadresser resulterade i att få e-postadresser erhöles i vissa län. Validiteten i studien hade troligtvis stärkts om även informationsbrevet testats på försökspersoner. Möjligen hade ett kortare informationsbrev utan önskemål om selektionskriterier av barnmorskor resulterat i fler erhållna e-postadresser. Ytterligare argument för detta är att data om yrkeserfarenhet ändå erhöles i enkäten, att urvalskriterierna ställde ytterligare krav på arbetsinsats och att de några av samordningsbarnmorskorna vilka svarade för ett stort antal barnmorskor, framförallt i tätort, saknade kunskap om urvalskriterierna. Samordningsbarnmorskorna vidarebefordrade istället förfrågan om e-postadresser till chefbarnmorskor i deras distrikt, vilket resulterade i att utskicken försenades och att e-postadresser uteblev, framförallt i Stockholms läns landsting.

En annan svaghet i informationsbrevet var formuleringen av studiens syfte. Några samordningsbarnmorskor och chefsbarnmorskor svarade att hinnsvepning inte användes av barnmorskor de svarade för och att de därför inte var aktuella för deltagande i studien. Trots att tydliggöranden förmedlades uteblev e-postadresser i ett av fallen med förmodad anledning av syftets formulering.

Variationen i antal barnmorskor per mottagning varierade stort. På barnmorskemottagningar med färre än tre barnmorskor, där samtliga adresser i distriktet eller länet erhållit blev samtliga barnmorskor i länet eller distriktet tillfrågade om deltagande i studien.

Barnmorskemottagningar i större format, exempelvis i en region i Östergötlands län, där 25 barnmorskor är verksamma på samma barnmorskemottagning, är endast tre barnmorskor, i enlighet med studiens urvalsmetod, tillfrågade om deltagande i studien.

Ur genusperspektiv är det osäkert huruvida studien är representativ, då de insamlade e-postadresserna till synes ägdes av kvinnor. Uppgifter om antalet manliga barnmorskor verksamma på barnmorskemottagningar i Sverige har inte efterforskats, och därmed kan en bedömning om urvalet ur ett könsperspektiv är representativt för studien inte göras.

Enkätfrågorna fungerade relativt väl men i efterhand upptäcktes att en viktig fråga saknades, och den gällde hur man praktiskt utför hinnsvepning. Två av respondenter delgav dock information om praktiska detaljer vid utförandet av hinnsvepning, men data om hur övriga kollegor praktiskt utförde interventionen hade varit av stort värde mot bakgrund av att detta skiljer sig i tidigare studier (5, 6, 7, 11, 13).

Förslag till vidare forskning

Stora randomiserade kontrollerade studier skulle behövas för att klargöra effekten av hinnsvepning.

Hur kunskap om hinnsvepning förmedlas besvarades inte av studien. Inte heller om, och i så fall hur, hinnsvepning lärs ut på andra barnmorskeutbildningar i Sverige.

Kunskapsförmedlingen om interventionen skulle vara intressant att titta närmare på.

En barnmorska menade att effekten av hinnsvepning, i syfte att initiera förlossningsarbetet, förstärktes om interventionen kombinerades med akupunktur. Forskning som ligger till grund för denna studies bakgrund har inte behandlat akupunktur och hinnsvepning, vilket föranleder nyfikenhet på kombinationen.

Referenser

1. Almström H. Den komplicerade förlossningen. I: Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I. (red). Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur AB, 2009, s. 299-304.
2. Hagberg H, Marsál K, Westergren M. Obstetrik. Lund: Studentlitteratur AB, 2008.
3. Handläggning av normalförlossning- State Of The Art. (Elektronisk). Tillgängligt på <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>. 2011-04-09
4. Stevens H, Fadl H, Westergren C, Knutsson B, & Ny P. Medicinskt basprogram i samband med graviditet. I: Mattsson L-Å (red). Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa (SFOG, rapport nr 59). Stockholm: intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG.
5. (1) Boulvain M, Stan C-M, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005;25:1, 1469-1493.
6. Cammu H, Haitsma V. Sweeping of the membranes at 39 weeks in nulliparous women: a randomized controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1998;105:1, 41-44.
7. Yildirim G, Güngördük K, Karadag O-I, Aslan H, Turhan E, Ceylan Y. Membrane sweeping to induce labor in low-risk patients at term pregnancy: a randomised controlled trial. Journal of Maternal and Fetal Neonatal Medicine. 2010;23:7, 687-687.
8. Salamalekis E, Vitoratos N, Kassanos D, Loghis C, Batalias L, Panayotopoulos N, Creatas G. Sweeping of the membranes versus uterine stimulation by oxytocin in nulliparous women. A randomized controlled trial Gynecologic and Obstetric Investigation. 2000; 49:4, 240-243.
9. Hill M-J, McWilliams G-D, Garcia-Sur D, Chen B, Munroe M, Hoeldtke N-J. The effect of membrane sweeping on prelabour rupture of membranes: a randomized controlled trial. Obstetrics and Gynecology. 2008;111:6, 1313-9.

10. de Miranda E, van der Bom J-G, Bonsel G-J, Bleker O-P, Rosendaal F-R. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2006;113:4, 402-408.
11. Kashanian M, Akbarian A, Baradaran H, Samiee M-M. Effect of membrane sweeping at term pregnancy on duration of pregnancy and labor induction: a randomized trial. *Gynecology and Obstetric Investigation*. 2006;62:1, 41-44.
12. Boulvain M, Fraser W-D, Marcoux S, Fountain J-Y, Bazin S, Pinault J-J, Bloudin D. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;106:1, 34-40.
13. Crane J, Benett K, Young D, Wildrim R, Kravitz H. The effectiveness of sweeping membranes: a randomized trial. *Obstetric and Gynecology*. 1997;89:4, 586-590.
14. Magann E-F, Chauhan S-P, McNamara M-F, Bass J-D, Estes C-M, Morrison J-C. Membrane sweeping versus dinoprostone vaginal insert in the management of pregnancies beyond 41 weeks with an unfavorable cervix. *Journal of Perinatology*. 1999;19:2, 88-91.
15. Tan P-C, Jacob R, Omar S-Z. Membrane sweeping at initiation of formal labor. A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 2006;107:3, 569-577.
16. Wong S-F, Hui S-K, Choi H, Ho L-C. Does sweeping of the membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour? *BJOG*. 2002;109:6, 632-636.
17. Gibb W. The role of prostaglandins in human parturition. *Annals of medicine*. 1998; 30:3, 235-241.
18. Mitchell MD, Flint AP, Bibby J, Brunt J, Arnold JM, Anderson AB, Turnbull AC. Rapid increases in plasma prostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy. *British Medical Journal*. 1977;5:2, 1183-1185.

19. Romero R, Munoz H, Gomez R, Parra M, Polanco M, Valverde V, Hasbun J, Garrido J, Ghezzi F, Mazor M, Tolosa JE, Mitchell MD. Increase in prostaglandin bioavailability precedes the onset of human parturition. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*. 1996;54:3, 187-191.
20. Roos N, Sahlin L, Ekman-Orderberg G, Kieler H, Stephansson O. Maternal risk factors for postterm pregnancy and cesarean delivery following labor induction. *Acta Journal Obstetrics and Gynecology Scandinavica*. 2010;89:8, 1003-1010.
21. Mogren I, Stenlund H, Högberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *International Journal of Epidemiology*. 1999;28:2, 253-257.
22. Ingemarsson I. Handläggning av överburen graviditet – SOFA. (Elektroniskt). Tillgängligt på <http://www.sfog.se/SOTA-overburen.htm>. 2011-04-01
23. Bodner-Adner B, Bodner K, Pateisky N, Kimberger O, Chalubinski K, Mayerhofer K, Husslein P. Influence of labor induction on obstetric outcomes in patients with prolonged pregnancy: a comparison between elective labor induction and spontaneous onset of labor beyond term. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117:7-8, 287-292.
24. Hannah M-E, Hannah W-J, Hewson S, Milner R, & Wilian S. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. *New England Journal of Medicine*. 1992;326:11, 1587-1592.
25. Doherty L, Norwitz E-R. Prolonged pregnancy: when should we intervene? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2008;20:6, 519–527.
26. Campbell M-K, Östbye T, Irgens L. Post term birth: risk factors and outcomes in a ten year cohort of Norwegian births. *Obstetrics and Gynecology*. 1997;89:4, 543-548.
27. Clausson B, Cnattingius S, Axelsson O. Outcome of post-term births: The role of fetal growth restriction and malformations. *Obstetrics and Gynecology*. 1999;94:1, 758-762.
28. Gülmezoglu M-A, Crowther C-A, Middleton A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Systematic Review*. 2006;18:4, 69-1493.

29. NICE. National Collaborative Center for Womens and Childrens Health. Antenatal Care-routine care for the healthy pregnant woman. 2nd edition ed: RCOG Press 2008.
30. Webservey (Elektroniskt). Tillgängligt: <https://websurvey.textalk.se>, 2011-04-08.
31. Bell, J. Introduktion till forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur. 2000
32. Backman J. Rapporter och uppsatser. Lund: Studentlitteratur. 1998.
33. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Company, 2006.
34. Graneheim U H, & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 2004;24:2, 105-112.
35. Notter L, Hott J R. Forskningsmetodik inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur. 1996.
36. Eriksson L T. Att utreda, forska och rapportera. Malmö: Liber ekonomi, 2001

Hinnsvepning

Frågeformulär till dig som arbetar inom
mödravårdsvården



**Karolinska
Institutet**

 **1. I vilket län arbetar du?**

 **2. Är du**

☐ Man ☐ Kvinna

 **3. Vilket år tog du din barnmorskeexamen?**

 **4. Arbetar du på en barnmorskemottagning/mödravårdscentral med hälsokontroller av gravida kvinnor?**

☐ Ja ☐ Nej

 **5. Utför du någon gång hinnsvepning?**

☐ Ja, ofta ☐ Ja, ibland ☐ Nej, har aldrig gjort ☐ Nej, men har gjort det tidigare

 **6. Om du tidigare använt hinnsvepning, varför slutade du?**

 **7. Om du aldrig gör hinnsvepning, varför? Flera svarsalternativ är möjliga.**

☐ Jag har inte kunskapen

☐ Jag har inte befogenheten

☐ Hinnsvepning utförs inte på min arbetsplats

☐ Jag anser att hinnsvepning inte har någon effekt

☐ Jag anser att negativa bieffekterna är för stora

☐ Jag tror inte att det finns vetenskaplig grund för att göra hinnsvepning

☐ Annat

 **Om annat:**

Om du aldrig utför hinnsvepning, gå vidare till fråga 15.

 **8. På vilka indikationer utför du hinnsvepning?**

 **9. Finns det några särskilda förutsättningar som ska gälla för att du ska utföra hinnsvepning? (t ex graviditetslängd, cervixstatus)? Beskriv!**

 **10. Upplever du att hinnsvepning är en effektiv metod för att sätta igång förlossningsarbetet?**

☐ Ja ☐ Nej ☐ Ibland

 **Kommentar**

 **11. Upplever du att det förekommer negativa bieffekter av hinnsvepning under proceduren?**

☐ Ja, ibland ☐ Ja, ofta ☐ Nej, sällan ☐ Nej, aldrig

 **12. Om ja, vilka?**

☐ Smärta ☐ Obehag ☐ Blödning ☐ Smärtsamma sammandragningar

☐ För tidig vattenavgång ☐ Annat

 **Om annat:**

 **13. Upplever du att det förekommer negativa bieffekter av hinnsvepning efter proceduren?**

☐ Ja, ibland ☐ Ja, ofta ☐ Nej, sällan ☐ Nej, aldrig

 **14. Om ja, vilka?**

☐ Smärta ☐ Obehag ☐ Blödning ☐ Smärtsamma sammandragningar

☐ För tidig vattenavgång ☐ Infektion ☐ Annat

 **Om annat:**

 **15. Är hinnsvepning något som efterfrågas av gravida kvinnor på barnmorskemottagningen?**

☐ Ja, ofta ☐ Ibland ☐ Nej, sällan ☐ Aldrig

☐ Vet ej

 **16. Ingår hinnsvepning i rutinerna där du arbetar?**

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

 **17. Om ja, beskriv rutinen**

 **18. Har ni PM som beskriver hinnsvepning på din arbetsplats?**

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ni har PM om hinnsvepning är vi tacksamma om du kan skicka en kopia via e-post till malin.heimdahl@stud.ki.se

