

MASTEROPPGAVE

Master i jordmorfag

MAJO5900

Oktober 2020

Oppfølging av sfinkterskade og bruk av St. Marks skåringsverktøy
- en systematisk litteraturstudie med en kvantitativ tilnærming

Kandidatnummer: 915 og 922

Antall ord: 14126



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

SAMMENDRAG

Tittel: Oppfølging av sfinkterskade og bruk av St. Marks skåringsverktøy. En systematisk litteraturstudie, en kvantitativ tilnærming

Hensikt: Formålet med oppgaven er å belyse temaet oppfølging av kvinner som har fått en sfinkterskade under fødsel og hvordan dette kan fanges opp av helsetjenesten ved hjelp av St. Marks skåringsverktøy. Studien ønsker å bidra til kunnskap av relevans som jordmor i praksis kan bruke i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade.

Problemstilling: *«På hvilken måte kan St. Marks skåringsverktøy brukes i oppfølging av kvinner med sfinkterskade etter fødsel?»*

Metode: En systematisk litteraturstudie med en kvantitativ tilnærming, deskriptiv statistisk analyse. Datamateriale er hentet fra databasene *Medline*, *Cinahl* og *Maternity and Infant Care*, gjennom en systematisk søkestrategi.

Resultat: Systematiske søk gav totalt 663 treff hvorav vi leste 74 av artiklene i fulltekst. Seks artikler ble inkludert i studiet, etter kvalitetsvurdering. St. Marks skåringsverktøy er opprinnelig validert for bruk under intervju. Resultatene viser at St. Marks skåringsverktøy fungerer like godt som et selvadministrert skåringsverktøy som benyttet i intervju. Ved å kartlegge grad av anal inkontinens kan dette være med på å avgjøre om kvinnen eventuelt trenger kirurgi for å bedre symptomene samt være med på å bestemme forløsningsmetode ved et eventuelt nytt svangerskap.

Konklusjon: St. Marks skåringsverktøy er anbefalt å bruke i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. Det er behov for mer forskning innen temaet, da spesielt relatert til jordmors rolle i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade.

Nøkkelord: St. Marks skåringsverktøy, selvadministrert, intervjubasert, sfinkterskade, anal inkontinens og oppfølging

ABSTRACT

Title: Follow-up of perineal tearing and use of St. Marks scoring tool -a systematic literature review, quantitative method.

Aim: The purpose of the thesis is to shed light on the topic of the follow-up of women who have suffered a sphincter injury during childbirth and how this can be implemented by the health service using St. Mark's scoring tool. The study wants to contribute to knowledge of relevance for midwives in practice in follow-up of women with sphincter injury.

Topic of research: *«How can the St. Mark's scoring tool be utilized in the follow-up period of perineal tearing after childbirth?»*

Method: A systematic literature study with a quantitative approach, and descriptive statistical analysis. The data material is analyzed from the databases of Medline, Cinahl and Maternity and infant care, through a systematic search strategy.

Results: Systematic searches yielded a total of 663 titles, of which we read the full text of 74 articles, being left with 6 articles that were included in the study, after quality assessment. St. Mark's scoring tool was originally validated for use during an interview. The results show that St. Mark's scoring tool works as well as being self-administered as through interview. By recording the degree of anal incontinence, this can help determine whether the woman may need surgery to improve the symptoms as well as helping to determine the method of delivery in the event of a new pregnancy.

Conclusion: St. Mark's scoring tool is recommended for use in the follow-up of women with sphincter injuries. More research is needed on the topic, especially related to the role of midwives in the follow-up of women with sphincter injuries.

Keyword: St. Mark's scoring tool, self-administered, interview-based, sphincter injury, faecal incontinence and follow-up

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en tidkrevende, utfordrende og en spennende prosess. Vi har hatt en bratt læringskurve og fått mange nye erfaringer. Siden dette har vært en spesiell periode med at korona kom i det vi startet oppgaveskrivingen har vi måtte tenke annerledes og vi har derfor måtte møtes digitalt både oss to imellom, til undervisning og veiledning. Vi har tidvis opplevd dette som krevende, men har tilpasset oss tilværelsen underveis. Vi ønsker å takke vår tålmodige veileder for gode råd og konstruktive tilbakemeldinger og biblioteket som alltid har vært tilgjengelige både digitalt og fysisk. Ønsker også å takke familie, venner og naboer for hjelp til korrektur, veiledning og gjennomlesning av denne masteroppgaven..

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| FORORD | 3 |
| 1 INNLEDNING | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 7 |
| 1.2 Hensikt og problemstilling..... | 8 |
| 1.3 Avgrensningstekst | 9 |
| 2 TEORETISK TILNÆRMING | 10 |
| 2.1 Fødselsrifter | 10 |
| 2.2 Bekkenbunnen | 11 |
| 2.3 Anal inkontinens..... | 11 |
| 2.4 Konservativ og kirurgisk behandling av anal inkontinens | 12 |
| 2.5 Norsk register for anal inkontinens..... | 12 |
| 2.6 Veileder for fødselshjelp | 13 |
| 2.7 Nasjonal handlingsplan om at sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge | 14 |
| 2.8 St. Marks skåringsverktøy | 14 |
| 2.9 Kunnskapsbasert praksis i jordmorfaget | 15 |
| 2.10 Kvinnehelse | 16 |
| 2.10.1 Kvinnesentrert omsorg | 16 |
| 2.10.2 <i>Framework for quality maternal and newborn care</i> | 17 |
| 2.10.3 Empowerment | 17 |
| 2.10.4 LEON prinsippet..... | 18 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 2.10.5 | Stortingsmelding nummer 12, En gledelig begivenhet | 18 |
| 2.11 | Lowverket..... | 18 |
| 3 | METODE | 20 |
| 3.1 | Systematiske litteraturstudie som metode | 20 |
| 3.2 | Seleksjonskriterier | 21 |
| 3.3 | PICO skjema | 21 |
| 3.4 | Søkestrategi | 22 |
| 3.5 | Kvalitetsvurdering | 23 |
| 3.6 | Vurdering av risiko for bias..... | 23 |
| 3.7 | Vurdering av validitet og reliabilitet | 23 |
| 3.8 | Analytisk tilnærming/analyseprosess | 24 |
| 3.9 | Forskningsetiske vurderinger | 25 |
| 4 | RESULTAT | 27 |
| 4.1 | Søkeprosessen og PRISMA flytdiagram | 27 |
| 4.2 | Presentasjon av inkluderte studier | 29 |
| 4.3 | Kvalitetsvurdering av selekterte studier..... | 30 |
| 4.4 | Vurdering av risiko for bias i de selekterte studier..... | 31 |
| 4.5 | Presentasjon av resultater relatert til denne studiens problemstilling | 32 |
| 4.6 | Resultater og data fra de selekterte artiklene | 36 |
| 4.6.1 | Tid for oppfølging etter fødsel | 36 |
| 4.6.2 | Behandling og symptomer av anal inkontinens | 37 |
| 4.6.3 | St. Marks skåringsverktøy..... | 38 |
| 4.7 | Hovedfunn ut fra resultater og data fra selekterte artikler relatert til denne studien | 39 |

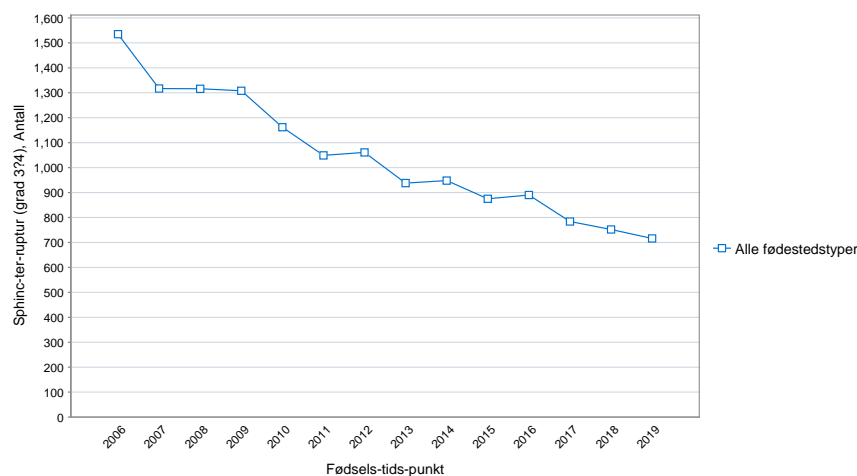
| | | |
|------------|---|-----------|
| 5 | DISKUSJON | 41 |
| 5.1 | Oppsummering av hovedresultatene | 41 |
| 5.2 | Metodens styrker og begrensinger | 41 |
| 5.2.1 | Styrker og begrensninger vedrørende metode i denne systematiske litteraturstudien | 42 |
| 5.2.2 | Kvalitetsvurdering av selekterte studier | 42 |
| 5.2.3 | Vurdering av risiko for bias av selekterte studier | 44 |
| 5.2.4 | Vurdering av reliabilitet og validitet av selekterte studier | 45 |
| 5.2.5 | Seleksjon og søkeprosess | 45 |
| 5.2.6 | Statistikk og dataanalyse | 46 |
| 5.2.7 | Etiske vurderinger | 47 |
| 5.3 | Resultatdiskusjon | 47 |
| 5.3.1 | Populasjonskjennetegn | 47 |
| 5.3.2 | Jordmors funksjon og bruk av St marks skåringsverktøy for kvinner etter fødsel | 49 |
| 5.4 | Implikasjon for praksis og videre forskning | 54 |
| 6 | KONKLUSJON | 56 |
| 7 | LITTERATURLISTE | 57 |
| 8 | VEDLEGG | 62 |
| | Vedlegg 1 Ekskluderte artikler | 62 |
| | Vedlegg 2 Sjekklistor | 68 |
| | Vedlegg 3 Vurdering av egeninnsats | 75 |

1 INNLEDNING

I vår masteroppgave skal vi skrive en systematisk litteraturstudie basert på kvantitative studier, i tillegg skal vi gjøre en deskriptiv analyse hvor vi ønsker å belyse et viktig tema innenfor kvinnehelse. Innledningsvis skriver vi om bakgrunnen for valg av tema før vi presenterer vår problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vaginal fødsel er som oftest det beste alternativet for både mor og barn og forløper som regel uten alvorlige komplikasjoner. En del kvinner får imidlertid rifter i perineum under vaginal fødsel. I perineum møtes mange av bekkenbunnens muskler, og rifter som oppstår i området påvirker bekkenbunnens funksjon. Det er rifter av grad 3 og 4 som har størst påvirkning på kvinners fysiske, psykiske og sosiale livssituasjon. Siden kvinner kan oppleve problemer med bekkenbunnen i lang tid etter fødsel, er det viktig at helsepersonell fokuserer på temaet (Brunstad, 2017). Obstetrisk sfinkterskade er den viktigste risikofaktoren for anal inkontinens hos kvinner. På tross av umiddelbar suturering og rekonstruksjon av analsfinkter etter skaden får kvinner anal inkontinens i form av luft eller avføring. Opp mot 85% av førstegangsfødende kvinner i Norge vil få en eller annen perinealskade ved vaginal fødsel, men forekomsten av rifter grad 3 og 4 har blitt kraftig redusert de siste 15 årene (Laine et al., 2020). I medisinsk fødselsregister kan vi se at i 2019 var forekomsten av rift grad 3 og 4 på 1,6%, mens det i 2006 var forekomst på 3,2% (Folkehelseinstituttet, 2020b).



Figur 1 Antall sfinkterskade grad 3 og 4, i tidsperioden 2006-2019

(Folkehelseinstituttet, 2020a)

En sfinkterskade er forårsaket av perineale traumer under vaginal fødsel. I tillegg til å bidra til smerte hos kvinnen er perineale traumer en ledende risikofaktor for påfølgende tap av kontroll for avføring (Weinstein & Hesham, 2020). Det anbefales å forebygge rifter allerede i svangerskapet, og bekkenbunnstrening er gunstig for kvinnen både i svangerskapet og etter fødsel (Brunstad, 2017). Et skåringsverktøy som heter St. Marks anbefales i oppfølgingen til å måle grad av anal inkontinens hos kvinner med fødselsskade (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). St. Marks skåringsverktøy kan også benyttes for registrering av symptomer slik at resultater kan brukes til intern kvalitetsforbedring, sammenligning mellom institusjoner og på landsbasis (Laine et al., 2020).

Gjennom å se på bruken av St. Marks skåringsverktøy og oppfølging av kvinner med sfinkterskade ønsker vi at oppgaven skal fokusere på kvinnehelse og kvinners behov for oppfølging av sfinkterskade. Oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade er i dag en legejobb. Vi ønsker å se på om det er mulig å implementere oppgaven med oppfølging av kvinner med sfinkterskade i samråd med jordmor slik at oppfølgingen etter fødsel kan være mer knyttet til jordmor. I en artikkel fra tidsskriftet *The practicing midwife* (Liebergall-Wischnitzer et al., 2017) anbefales det at kvinner som skal møte opp til poliklinikk for oppfølging etter sfinkterskade bør få møte både lege, jordmor og fysioterapeut. Jordmors rolle skal være å samtale med kvinnen om fødselsopplevelsen, hvordan dagens status er samt gi kvinnen veiledning og informasjon om emner som kan være relevante fremover. Eksempler på dette kan være perineal pleie, toalett vaner, seksual veiledning, psykisk støtte og videre veiledning hvis det er behov for det. I en studie gjort av Norderval et al. (2019) undersøker de om St. Marks skåringsverktøy kan brukes som et selvadministrerende skjema kontra spørreskjema som blir gjort under konsultasjon på poliklinikken. De konkluderer med at begge metodene er like pålitelige.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er at vi ønsker å bidra til en kunnskapsoversikt som kan bli relevant for jordmødre i deres oppfølging av kvinner med sfinkterskade etter fødsel, og bruk av St. Marks skåringsverktøy. Jordmødre har en sentral rolle i kvinnens liv både i svangerskapsomsorgen, under fødsel og barseltiden. På bakgrunn av dette er det derfor viktig å kunne inkludere jordmødre i oppfølgingen til kvinner med sfinkterskade. Vi har med dette kommet fram til problemstillingen:

«På hvilken måte kan St. Marks skåringsverktøy brukes i oppfølging av kvinner med sfinkterskade etter fødsel?»

1.3 Avgrensningstekst

Vi vil med denne systematiske litteraturstudien lage en deskriptiv analyse av kvantitative studier som viser til forskning på St. Marks skåringsverktøy og oppfølging av kvinner med sfinkterskade. Forskning som eksisterer på feltet, omhandler kvinnene og leger. Som fremtidige jordmødre ønsker vi å vinkle oppgaven til jordmors rolle i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. Vi vil derfor ikke å gå i dybden på legeoppgaver som vi mener ikke er relevante for jordmors rolle i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. Det vi mener med legeoppgave er for eksempel ultralyd eller endoanal ultralyd som er en praktisk metode for visualisering av analkanalens anatomi, og er en vanlig prosedyre ved vurdering av pasienter med anal inkontinens (Norderval et al., 2009). Vi har derfor valgt å ekskludere endoanal ultralyd i oppgaven. Av de inkluderte artikler som omhandler endoanal ultralyd har vi valgt å se bort fra dette og heller fokusert på bruken av St. Marks skåringsverktøy.

2 TEORETISK TILNÆRMING

Vi har valgt å bruke teori som representasjon. Teori skal være en korrekt representasjon av virkeligheten, altså det vi vet i dag. Teori er den samlede massen av vitenskap og det forventes at man kan bruke vitenskap fra flere land enn sitt eget for å forstå virkeligheten. I teoridelen skal vi gjøre rede for all relevant litteratur vi finner om fenomenet (Høyer, 2011). Vi vil her presentere teori og modeller som er relevant å ha som forforståelse i vår oppgave. Vi skal se på dagens kunnskapsstatus om oppfølging av sfinkterskade og bruken av St. Marks skåringsverktøy. Vi vil fortelle hvordan fødselsskader oppstår, hvordan de behandles og hvilken oppfølging disse kvinnene bør ha. Vi har inkludert kunnskapsbasert praksis i jordmorfaget, kvinnehelse, *empowerment* og *Framework for quality maternal and newborn care*. I tillegg vil vi i teorikapittelet presentere lovverk av relevans.

2.1 Fødselsrifter

Hos mer en 85% av kvinner som føder vaginalt oppstår det en eller annen form for skade i perineum (Brunstad, 2017). Perineum er hudpartiet mellom de ytre kjønnsorganene og endetarmsåpningen. Det er i dette området bekkenbunnens muskler møtes. Rifter/skader som oppstår i dette området, påvirker derfor i ulik grad bekkenbunnens funksjoner. Disse riftene/skadene kan også omtales som sfinkterskade (Brunstad, 2017). Fødselsrifter blir klassifisert i grad 1-4 (Laine et al., 2020).

| Anatomiske strukturer involvert | Grad av skade |
|---|---------------|
| Overfladisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinnene | 1 |
| Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av anal sfinktermuskulatur | 2 |
| Skade av perineum som involverer anal sfinktermuskulatur | 3 |
| Mindre enn 50% av muskel sphinkter ani externus er skadet | 3a |
| Mer enn 50% av muskel sphinkter ani externus er skadet | 3b |
| Både muskel sphinkter ani externus og muskel sphinkter ani internus er skadet | 3c |
| Anal sfinktermuskulatur og anal/rektumslimhinner er skadet | 4 |

Figur 2 Grad av fødselsskade

(Laine et al., 2020)

Etter at *Nasjonal handlingsplan om at sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge* til Sosial- og helsedirektoratet (2006) kom i 2006, har det blant jordmødre og leger vært økt fokus på støttetrening og beskyttelse av perineum. For å beskytte perineum når hode og kroppen til barnet forløses skal jordmor bruke et støttende grep på perineum samtidig som

jordmor bremser farten på barnet med den andre hånden. Ved at fødekvinnen og jordmor har et godt samspill, samtidig som fødekvinnen har en god fødestilling og god trykkteknikk kan være med på å redusere skaden. I tillegg er det viktig at jordmor har et godt støttende grep på perineum (Brunstad & Blix, 2017).

2.2 Bekkenbunnen

I bekkenbunnen har kvinnen tre åpninger; urinrør, vagina og anus. Bekkenbunnen holder vekten av alle organene og står imot det økte trykket som oppstår ved for eksempel nysing og hopping. All muskulatur i bekkenbunnen er tverrstripet og viljestyrt. Ved hjelp av knipeøvelser kan denne muskulaturen trenes opp. Bekkenbunnens muskler deles inn i to lag, et overfladisk lag og et dypere. I det overfladiske laget finner vi vaginas lukkemuskel *musculus bulbocavernosus*. Foran anus går den tverrgående muskulaturen *musculus transversus perinei*, denne muskelen er en viktig støtte for perineum. Skulle det etter en fødselsskade ikke bli sydd sammen rett, kan det føre til at perineum og avstanden mellom vagina og anus blir for kort. Det dypere laget i bekkenbunns<muskulaturen består i all hovedsak av muskelen som omkranser anus *musculus levator ani* og *musculus puborectalis* som danner en slynge rundt anus. Hvis den ytre lukkemuskelen til anus blir skadet og dermed får en nedsatt funksjon, kan denne muskelen være med på å kompensere for noe av funksjonstapet. *Musculus sphincter ani* som er endetarmens lukkemuskel har ofte en stor betydning når det kommer til fødselsskader. Skulle det oppstå skade her og skaden ikke blir rett behandlet kan dette igjen føre til invalidiserende følger for pasienten. Lukkemuskelen består av to lag, en indre muskel; *musculus sphincter ani internus* og en ytre muskel; *musculus sphincter ani externus*. Den ytre er viljestyrt og tverrstripet og brukes når det er behov for å holde på avføringen. Den indre er ikke viljestyrt og består av glatt muskulatur, den holder anus lukket hele tiden. Denne muskelen er en del av tarmens muskellag. Skulle denne muskelen bli skadet og ikke bli riktig behandlet kan det føre til lekkasje av luft og avføring, samt at vedkommende ikke har mulighet til å holde på avføring når hun kjenner trang (Backe, 2017).

2.3 Anal inkontinens

Anal inkontinens innebærer tap av kontroll av avføring, det kan gjelde fast avføring, løs avføring eller tap av kontroll for luftavgang. Flere mennesker kan også oppleve at de ikke har

mulighet til å utsette toalettbesøket når de føler trang av avføring og at de må komme seg på toalettet så fort som mulig. Skade på analsfinkter er den hyppigste årsaken til at kvinner får anal inkontinens (Gaudernack & Reinart, 2017). Anal inkontinens er mest utbredt blant kvinner som har hatt instrumentelle forløsninger og traumatiske fødsler som resulterer i store rifter (Nevler, 2014). Instrumentelle forløsninger er operative vaginale forløsninger med tang eller vakuum. Andelen tangforløsninger har gått ned i Norge og andelen vakuum har gått opp. Årsaken til dette er at det er en økt risiko for fødselsskader hos mor ved bruk av tang (Salvesen, 2017). I Norge er det Simpsons tang som er mest brukt og den brukes som en utskjæringsstang. Hovedhensikten med tang er at barnets hode skal være beskyttet under forløsningen og det forekommer sjelden skade på barnet. For mor er det større risiko for rifter (Henriksen & Molne, 2015). Vakuum er en sugekoppkopp man setter på hodet til barnet som man trekker i, i takt med riene i optimal retning for forløsning av hodet (Salvesen, 2017). Indikasjon for bruk av tang eller vakuum er truende asfyksi, tegn på stress hos barnet, langsom fremgang i andre fase eller andre spesielle tilstander som for eksempel svangerskapsforgiftning og epilepsi (Salvesen, 2017). For å avdekke grad av fekal inkontinens er både en detaljert klinisk historie og fysisk undersøkelse avgjørende. Fekal inkontinens er en kronisk tilstand som er et resultat av manglende evne til effektivt å begrense passasjen av fekal materiale gjennom analkanalen. For kvinnen fører dette til tap av kontroll av avføring, og i alvorlige tilfeller ufrivillig avføring. Anal inkontinens fører også til alvorlig svekkelse av livskvalitet (Nevler, 2014).

2.4 Konservativ og kirurgisk behandling av anal inkontinens

Konservativ behandling prøves alltid før kirurgisk behandling. Dette innebærer kostholdsendring, konsistens regulerende midler, medikamentell endring av avføringskonsistens, trening, skylling av endetarmen, anal propp, elektrostimulering, beskyttende hudstell, bind og bleier. Kirurgisk behandling tilbys ved flere sykehus i Norge. Dette innebærer sfinkterplastikk, sakralnervemodulering eller anleggelse av stomi (Bildén et al., 2018).

2.5 Norsk register for anal inkontinens

Norsk register for anal inkontinens (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017) har som formål å overvåke og forbedre kvaliteten på behandlingen og oppfølgingen til

pasienter som har anal inkontinens i Norge. Norsk register for anal inkontinens skal bidra til at behandlingseffekten og varigheten på behandlingen blir bedre dokumentert. Øke kunnskap og forskning om anal inkontinens og behandling av tilstanden, samt spre kunnskap til befolkningen og fagmiljøet om anal inkontinens og tilstandens behandlingsmuligheter.

Registeret omhandler per dags dato alle pasienter som har anal inkontinens og som er tilbudt kirurgisk behandling da de ikke har hatt effekt av konservativ behandling. Anal inkontinens og avføringslekkasje er en kronisk tilstand og kan for mange oppleves stigmatiserende og kan begrense det sosiale livet.

Norsk register for anal inkontinens (Bildén et al., 2018) kom i 2017 ut med en årsrapport med plan for forbedringstiltak. Denne rapporten tar for seg alle årsaker for anal inkontinens og ikke bare fødselsskader. Kvinnene utgjør 93% av kjønnsfordelingen. Totalt er det 64,6% som er forårsaket av fødselsskader, noe som gjør det til den vanligste årsaken til anal inkontinens. Registeret kan fungere som et verktøy ved å samle opplysninger om behandling og behandlingsresultater både lokalt og nasjonalt. Rapporten har som formål å utarbeide nasjonale retningslinjer for anal inkontinens, da dette tidligere ikke har eksistert. Et resultat av manglende retningslinjer har resultert i en stor variasjon i behandlingstilbudet. Registeret har som formål å øke kvalitet i behandlingen av pasienter med anal inkontinens.

2.6 Veileder for fødselshjelp

Nylig kom det en revidert versjon av «*Veileder for fødselshjelp*» (Laine et al., 2020). I kapitlet «*Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel*» står det at kvinner som har fått sfinkterskade under fødsel skal henvises til bekkenbunnstrening hos fysioterapeut for å kunne få en bedre mulighet til å bli kontinent. Før utreise fra barselavdelingen skal kvinnene ha fått et informasjonsskriv om skaden og videre oppfølging. Det står også at alle kvinner med perinealskade grad 3 og 4 bør tilbys en kontroll 6-12 måneder etter fødsel hos en gynekolog på den avdelingen hun har født. For å registrere symptomene kan St. Marks skåringsverktøy benyttes. Disse resultatene kan også brukes til intern kvalitetsforbedring, samt å sammenligne behandlingen mellom avdelingene og på landsbasis. Ved denne kontrollen bør kvinnene også få råd i forbindelse med et eventuelt nytt svangerskap. Skulle kvinnen ha symptomer for anal inkontinens bør hun henvises til videre utredning.

2.7 Nasjonal handlingsplan om at sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge

I 2006 kom *Nasjonal handlingsplan om at sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge*. Denne tok for seg hva som var status for sfinkterskader ved tidspunktet, og belyste hva som skulle gjøres for å få en bedring innen feltet. Planen hadde som mål at forekomst av sfinkterskader i Norge skulle reduseres fra 3,2% til 2 % eller lavere i løpet av to år (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Ved å se på tall fra Norsk medisinsk fødselsregisteret kan vi se at det i 2005 var 3,8% grad 3 og 4 rifter. I 2009 var tallet 2,5% mens det i 2019 kun var 1,6% av fødekvinnene som hadde fått en rift grad 3 eller 4 (Folkehelseinstituttet, 2020b). Fokus og trening på støtteteknikker har gitt resultater (Brunstad & Blix, 2017).

Den nasjonale handlingsplanen anbefaler også et felles nasjonalt kontrollopplegg for kvinner med sfinkterskader. Dette bør skje 12 - 18 måneder etter fødsel, slik at man kan se på langtidsresultater og sammenligne mellom avdelinger. Handlingsplanen legger også fram et forslag om at en kan bruke jordmødre eller spesialutdannede sykepleiere i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskader. Jordmor eller spesialsykepleieren kan kontakte kvinnene per telefon eller under oppfølgingssamtale, og fylle ut skåringsverktøy som for eksempel St. Marks (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

2.8 St. Marks skåringsverktøy

St. Marks skåringsverktøy (SMIS) ble utarbeidet i 1998 ved St. Marks sykehus i England. Verktøyet er basert på tidligere eksisterende skåringsverktøy for vurdering av anal inkontinens. Disse tidligere skåringsverktøyene har ikke vært validert mot klinisk vurdering. Det ble derfor gjort endringer av eksisterende skalaer for å designe en ny skala (Vaizey et al., 1999). St. Marks skåringsverktøy er basert på et eldre verktøy som heter Wexner. Wexner skåringsystem går fra 0- 20 poeng, hvor 0 = totalt kontinent og 20 = fullstendig inkontinent. Wexner tar ikke for seg hastegraden for å komme seg på toalettet noe St. Marks gjør. I tillegg tar St. Marks for seg bruk av forstoppende medisin (Nevler, 2014). St. Marks poengsum går fra 0- 24, hvor 0 = totalt kontinent og 24 = totalt inkontinent (Vaizey et al., 1999).

| | *Aldri | Sjelden | Av og til | Ukentlig | Daglig |
|---|--------|---------|-----------|----------|--------|
| Lekkasje av gass | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lekkasje av flytende avføring | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lekkasje av fast avføring | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Endring av livsstil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | NEI | JA |
| Må bruke bind eller plugg mot avføringslekkasje | | | | 0 | 1 |
| Bruker forstoppende medisin | | | | 0 | 1 |
| Kan ikke utsette avføring i 15 minutter etter første følelse av trang | | | | 0 | 1 |
| *ALDRI - ingen episoder de siste 4 uker, SJELDEN - 1 episode siste 4 uker, AV OG TIL - >1 episode siste 4 uker, men mindre en 1x/uke, UKENTLIG - Nesten hver dag, DAGLIG - En eller flere episoder daglig | | | | | |

Figur 3 St. Marks skåringsverktøy

(Vaizey et al., 1999)

St. Marks skåringsverktøy er opprinnelig validert til å brukes under intervju/samtale med behandler og blir da omtalt som intervjubasert St. Marks skåringsverktøy (iSMIS). Blant annet i studiet til Norderval et al. (2019) er St. Marks skåringsverktøy blitt testet ut som selvadministrert hvor pasienten selv fyller ut St. Marks skåringsverktøy som et spørreskjema med avkryssingsbokser. Dette blir omtalt som selvadministrert St. Marks skåringsverktøy (sSMIS).

Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom har under nettsiden helsekompetanse.no laget en egen fane som heter “test deg selv”, her er St. Marks skåringsverktøy lagt ut slik at det er mulig for alle å fylle det ut. Denne kan etter utfylling skrives ut og tas med til egen lege eller behandler for å vise grad av inkontinens, og dermed gi en pekepinn på hvor stort problemet er (Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, 2020a).

2.9 Kunnskapsbasert praksis i jordmorfaget

Kunnskapsbasert praksis innebærer en kombinasjon av ulike typer kunnskap som forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Vi ønsker å se på anvendt forskning, som i praksis vil si at vi i denne studien ønsker å finne relevant forskning som kan gi oss kunnskap om en behandling. Erfaringsbasert kunnskap kalles også praksiskunnskap. Når det hentes kunnskap fra erfaring, reflekteres det over liknende situasjoner som er opplevd tidligere. Brukerkunnskap er den kunnskapen kvinnen selv har anskaffet. Det betyr at viktige beslutninger som skal tas vedrørende kvinnen, kan hjelpe henne til å ta en optimal beslutning (Reinar & Blix, 2017).

2.10 Kvinnehelse

Begrepet kvinnehelse ble lansert da man så at det meste av forskning og medisinsk kunnskap var basert på erfaring og viten om menn. Kvinnehelse skal fokusere på kvinnen, det sunne og friske samt reproduksjon, men også hvordan forskjellige sykdommer og skader kan ramme kvinnen. Dette er på bakgrunn av at sykdomsprosessen, type behandling og helbredelsen av skade blir gjort annerledes hos kvinner enn menn, dermed er det behov for mer forskning som er rettet mot kvinner. Dette gir et mer tilpasset tilbud til kvinnene og fokuserer da på kvinnehelsen, gjennom kunnskap basert på evidens, klinisk erfaring og brukerperspektiv (Sundby, 2017). Vi vil her presentere flere modeller som er med på å sette kvinnehelsen i fokus.

2.10.1 Kvinnesentrert omsorg

I kvinnesentrert omsorg er det kvinnen som er ekspert på eget liv og egen kropp, mens jordmor er den profesjonelle eksperten på svangerskap og fødsel. Dette innebærer at både kvinnens og jordmors innspill og interaktivitet er avhengig av situasjonens kontekst der kvinnens erfaringskunnskap anerkjennes (Fontein-Kuipers et al., 2018).

Begrepet kvinnesentrert omsorg kan oppleves som et uavklart begrep, men er samtidig et kjent begrep innenfor jordmorfaget (Fahy, 2012). Begrepet kvinnesentrert omsorg blir ofte sett på som synonymt med jordmoromsorg. Det innebærer at jordmor er fokusert på kvinnens individuelle behov, forventninger og ambisjoner mer enn behovene til jordmor eller institusjonen. Kvinnesentrert omsorg gir en grunnleggende filosofisk tilnærming for jordmødre av hvordan jordmorens rolle og standarder for praksis blir definert (Brady et al., 2019). Det legges stor vekt på forholdet mellom jordmor og kvinnen gjennom svangerskapet. Kvinnesentrert omsorg har et dualistisk og likeverdig fokus på fysiske parametere ved svangerskap og fødsel, og på humanistiske dimensjoner i en interpersonlig kontekst. Kvinnesentrert omsorg er best kjent som en kvalitetsmarkør innenfor svangerskap- og fødselsomsorgen hvor den løfter frem kvinnens individuelle behov, definert av kvinnen selv. Det er kvinnens valg, kontroll og kontinuitet i omsorgen som er i fokus (Fontein-Kuipers et al., 2018).

2.10.2 *Framework for quality maternal and newborn care*

Framework for quality maternal and newborn care publisert i The Lancet sin serie *Midwifery* (Renfrew et al., 2014), artiklene beskriver en utvikling fra et ensidig fokus til en mer helhetlig tankegang hvor fødselshjelperen skal fremme fysiologiske, kulturelle og biologiske prosesser og styrke kvinnens egne ressurser. Ut fra dette skal intervensjoner kun gjøres når det er nødvendig. Denne modellen viser hvordan man kan tilnærme seg både kvinner i en risikogruppe og de utenfor risikogruppe. Det anbefales kvalifisert hjelp med flerfaglig samarbeid hvor både primær og spesialisthelsetjenesten inkluderes.

2.10.3 Empowerment

Tanken bak begrepet empowerment springer ut i at det er en antakelse om at mennesket har mulighet til å utvikle evner og ferdigheter som vil føre til overlevelse og et best mulig liv på både individ og samfunnsnivå. For å få til dette forutsettes det en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over faktorer som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. Empowerment kan beskrives som en prosess hvor en har tilstrekkelig med ressurser til å håndtere sine utfordringer, enten det er på individ, gruppe eller samfunnsnivå. Empowerment oversettes ofte til brukermedvirkning eller myndiggjøring, som i dette tilfellet skal gi kvinnen mulighet til å ta de riktige valgene for seg selv (Sørensen, 2002). Kriterier for empowerment i jordmorkontekst er å utvikle et tillitsfullt forhold, starte en bevissthetsprosess som gjør det mulig for kvinnen å reflektere over den endrede situasjonen, få kvinnene involvert og i stand til å ta informerte valg (Hermansson & Mårtensson, 2011). En metasyntese ble gjennomført i Sverige (Perriman et al., 2018) for å undersøke kvalitativ litteratur for å få en dypere forståelse av kvinnens perspektiv, som forbruker av en kontinuitetsmodell i svangerskaps og barselomsorgen. Her kommer det frem at jordmor- kvinneforholdet bygges opp gjennom personlig pleie og tillit, noe som fører til at kvinnen føler empowerment. Kontinuitet i jordmortjenestene bør prioritere et forhold til kvinnene slik at et jordmor- kvinne forhold skal sørge for tilstrekkelig med ressurser som gjøre det mulig å iverksette tiltak. Studien konkluderer med at faktorene; tillit, personlig omsorg og empowerment er viktig for klinisk praksis.

2.10.4 LEON prinsippet

I St. meld. nr. 9 (1974-1975) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen* var en av målsetningene å gi mulighet til behandling til hver pasient på det laveste nivå som effektivt kan ta seg av lidelsen. Her ble LEON -prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs-Nivå) presentert og senere implementert i norsk helsevesen. I 2011 ble det vedtatt en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Denne omhandler blant annet LEON -prinsippet hvor den understreker helsetjenestens ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid. Alle ledd i helsetjenesten skal ha ansvar for forebyggende arbeid samt behandling, rehabilitering/habilitering og mestring. Det står også at hovedtyngden av forebyggende og helsefremmende arbeid bør gjøres på det omsorgsnivået som er pasientens hjem og bosted.

2.10.5 Stortingsmelding nummer 12, En gledelig begivenhet

I St. meld. nr. 12 (2008- 2009) *En gledelig begivenhet -Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* kommer det fram at det bør legges til rette for at primærhelsetjenesten i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for oppfølgingen i barseltiden. Enhver barselkvinne har behov for oppfølging av helsepersonell som har tid og viser omsorg, samt at det kan være nyttig at den er etablert i nærsamfunnet. Det er anbefalt at kvinnen får time til etterkontroll hos jordmor eller fastlege fire til seks uker etter fødsel, eller når kvinnen selv ønsker det. Denne kontrollen skal blant annet inneholde temaet om smerter i bekkenbunnen, kontroll av fødselsrifter og se på tilheling (Helsedirektoratet, 2008-2009).

2.11 Lovverket

Tema i vår oppgave berører kvinner og helsepersonell, og det er derfor nødvendig å inkludere lovverket som en del av rammeverket til oppgaven.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2020) kapittel 3, handler om rett til medvirkning og informasjon. Det sier noe om at pasienter har rett til å medvirke valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses og- behandlingsmetoder samt at alle har rett på informasjon som er tilpasset den enkelte. Pasienten skal ha rett informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen. En annen viktig sak loven poengterer er at dersom en pasient blir påført skade eller alvorlig komplikasjoner skal pasienten få

informasjon om dette. Pasienten har også rett til å få vite hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten kan iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen. Helsepersonelloven (2019) har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder for helsepersonell som yter helsehjelp. Den sier at helsepersonell skal utføre arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet ut fra helsepersonell sine kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen øvrig.

3 METODE

I denne studien benyttes en systematisk litteraturstudie som studiedesign for å finne svar på bruk av St. Marks skåringsverktøy i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. Systematisk litteraturstudie er egnet tilnærming for å belyse temaet og kunne besvare vår problemstilling. Med en systematisk tilnærming som metode skal oppgaven besvares ved å finne, vurdere og oppsummere primærstudier med kvantitativ metode om samme tema. I praksis vil det si at et enkelt studie kan ha for få deltakere og funnene kan være basert på tilfeldigheter, skjevheter og andre forhold, og derfor er systematisk litteraturstudie egnet for vår problemstilling (Reinar & Jamtvedt, 2010). I dette kapittelet presenterer vi metodevalg, seleksjonskriterier, PICO skjema med utfall, databasevalg, søkestrategi, søkeord og søkeords sammensetninger, kvalitetsvurdering, vurdering for risikoen for bias, analyseprosessen og etiske vurderinger. I begynnelsen av resultatkapittelet presenterer vi prisma flytskjema. For å holde god struktur og oversikt i oppgaven har vi hatt god hjelp av å følge Prisma-sjekkliste (Moher et al., 2009).

3.1 Systematiske litteraturstudie som metode

Problemstillingen krever en kvantitativ tilnærming fordi denne måten gi oss generaliserbare funn. Med generaliserbare funn kan vi med en viss sikkerhet si at resultatene er gyldige for en større gruppe (Fekjær, 2016). Gough et al. (2017) forklarer prosessen i en litteraturstudie i flere steg. En litteraturstudie er å samle og undersøke hva som er kjent fra eksisterende forskning og Gough et al. (2017) viser oss hvordan vi kan samle og analysere data. Det er viktig å finne en relevant metode for å samle funn systematisk for å finne svar på problemstillingen. For å besvare vår problemstilling er det kvantitative primærstudier som kan gi oss best svar ved å finne statistiske og deskriptive data. Det første steget (Gough et al., 2017) er å forme en problemstilling, indentifisere og beskrive relevant forskning relatert til problemstillingen ved å utføre et eller flere systematisk litteratursøk i ulike databaser. I steg nummer to skal vi kritisk vurdere artiklene som vi har inkludert i oppgaven på en systematisk måte, dette har vi gjort ved hjelp håndboken for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten *Slik oppsummerer vi forskning* (Folkehelseinstituttet, 2015). Sjekklistene presenteres i vedlegg 2. Steg nummer tre er å samle de relevante funnene. Disse funnene presenterer vi i tabell 7 og 8. Steg nummer fire er å skrive en rapport hvor funnene sammenfattes og diskuteres (Gough et al., 2017). *EndNote* brukes i oppgaven for å fjerne duplikater og som referanseverktøy.

3.2 Seleksjonskriterier

I denne studien inkluderes primærstudier. I tidlig fase av oppgaven gjorde vi søk med høy kvalitet av systematiske litteraturstudier i *The Cochrane Library* og *UpToDate* for å kunne se hva som finnes av forskning om temaet fra før og for å kunne samle inn bakgrunnsmateriale til prosjektskissen av masteroppgaven.

Vi presenterer seleksjonskriteriene i en tabell under med en kort begrunnelse eller kommentar. Artikler som ikke ble inkludert i oppgaven på grunn av seleksjonskriteriene legges ved som vedlegg 1, med en kort presentasjon av studien og med en begrunnelse for hvorfor de ikke er inkludert i oppgaven.

Tabell 1 Seleksjonskriterier

| Inklusjon | Eksklusjon | Begrunnelse/kommentar |
|--|---|--|
| Kvinner som har født | | For å se på fødselsskader |
| St Marks skåringsverktøy | Andre skåringsverktøy enn St. Marks | For å avgrense studien til å besvare problemstillingen |
| Anal inkontinens, både luft og avføring | Urin inkontinens | Hovedfokus på sfinkterskade |
| Artikler som er på nordisk eller engelsk språk | Artikler som ikke er på nordisk eller engelsk | |
| Høyinntektsland | | Høyere sammenlignbarhet med norsk standard |

3.3 PICO skjema

PICO-skjemaet er med på å gi en oppklaring i hvilke spørsmål vi ønsker å få svar på slik at vi kan forme en søkestrategi og finne de rette søkeordene. Ved å strukturere problemstillingen på denne måten får vi tydeliggjort hva vi faktisk ønsker at oppgaven skal handle om.

Skjemaet får oss til å se om problemstillingen er aktuell og konkret nok (Folkehelseinstituttet, 2015).

Tabell 2 PICO skjema med utfall og søkeord

| Population | Intervention | Comparison | Outcome |
|--|---|------------|--|
| Kvinner med sfinkterskade | St. Marks skåringsverktøy | | Dokumenterbare generaliserbare funn om bruk av St. Marks skåringsverktøy, i oppfølging av kvinner etter fødsel |
| fecal incontinence ((perineal or sphincter or anal) adj2 (trauma or tear* or injur*)) ((perineal or sphincter or anal) N1 (trauma or tear* or injur*)) bowel incontinence fecal incontinence | st mark* smis incontinen* score incontinen* scoring scoring tool* | | |

3.4 Søkestrategi

Vi utførte systematiske litteratursøk og brukte tidligere forskning innenfor temaet vi har valgt. Vi utførte et prøvesøk i samarbeid med bibliotekar over Zoom torsdag 07. mai 2020, der vi brukte databasen "Medline" med søkeord fra PICO-skjemaet. I referanseverktøyet EndNote lastet vi opp fulltekster og sorterte i undergrupper slik at det skulle være lett å holde oversikt over alle artiklene. Søkeprosessen med dato og antall treff er beskrevet i Prisma flytskjema i figur 3 som presenteres i resultatdelen. Søkeord og søkeordsammensetning i de ulike databasene presenteres her i tabell 3.

Tabell 3 Databasevalg, søkeord og søkeordsammensetning

| MedLine | Cinahl | Maternity and Infant Care |
|---|---|---|
| Dato for søk: 07.05.2020 | Dato for søk: 19.05.2020 | Dato for søk: 19.05.2020 |
| 1. Fecal Incontinence/ 2. ((perineal or sphincter or anal) adj2 (trauma or tear* or injur*))*mp. 3. bowel incontinence.mp. 4. fecal incontinence.mp. 5. 1 or 2 or 3 or 4 6. st mark*.mp. 7. smis.mp. 8. incontinen* score.mp. 9. incontinen* scoring.mp. 10. scoring tool*.mp. 11. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 12. 5 and 11 | S1: (MH "Fecal Incontinence") S2: "bowel incontinence" S3: "fecal incontinence" S4: TI (((perineal or sphincter or anal) N1 (trauma or tear* or injur*))) OR AB (((perineal or sphincter or anal) N1 (trauma or tear* or injur*)))) S5: S1 OR S2 OR S3 OR S4 S6: "st mark*" S7: "smis" S8: "incontinen* score" S9: "incontinen* scoring" S10: "scoring tool*" S11: S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR 10 S12: S5 AND S11 | 1. Fecal Incontinence/ 2. ((perineal or sphincter or anal) adj2 (trauma or tear* or injur*))*mp. 3. bowel incontinence.mp. 4. fecal incontinence.mp. 5. 1 or 2 or 3 or 4 6. st mark*.mp. 7. smis.mp. 8. incontinen* score.mp. 9. incontinen* scoring.mp. 10. scoring tool*.mp. 11. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 12. 5 and 11 |
| Aktuelle: 560 Aktuelle fulltekster: 72 | Aktuelle: 78 Aktuelle fulltekster: 21 | Aktuelle: 25 Aktuelle fulltekster: 16 |

3.5 Kvalitetsvurdering

I analyseprosessen beskriver vi funn fra de utvalgte artiklene som er relatert til problemstillingen. Artiklene har vi vurdert kritisk ved hjelp av håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, *Slik oppsummerer vi forskning* (Folkehelseinstituttet, 2015). Kvalitetsvurdering har til hensikt å kritisk vurdere gyldigheten av informasjonen i studiene. Det vi vurderer er den faglige og metodiske kvaliteten og hvilken sammenheng studien er gjennomført i. Sjekklistene er tilpasset studiedesignet til artiklene vi har inkludert i oppgaven. Det er viktig at de er tilpasset ulike studiedesign da ulike forskningsspørsmål krever ulike forskningsmetode (Folkehelseinstituttet, 2015).

3.6 Vurdering av risiko for bias

Begrepet bias eller skjevhet betyr mangelen på intern gyldighet eller feilvurdering av assosiasjonene mellom en eksponering og en effekt i målpopulasjonen der statistikken estimert har en forventning som ikke tilsvarende den sanne verdien (Delgado-Rodríguez & Llorca, 2004). For å vurdere risikoen for systematiske feil i primærstudiene benytter vi oss av verktøyet som er beskrevet i The Cochrane handbook kalt *Risk of bias*. Verktøyet brukes for å kritisk vurdere kilder for systematiske feil. Dette verktøyet er beskrevet i håndboka til nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2015). Vi har valgt å presentere risikoen for bias i en tabell med fargekoder for høy, usikker og lav risiko (Higgins et al., 2011). *Seleksjons bias* betyr utvelgessskjevhet og skal bidra til at utvelgelsen av deltagere er representative for studien slik at de ikke har noen innvirkninger eller feil som påvirker konklusjonen. *Detection bias* tar for seg måleskjevhet slik at forskerne ikke blir påvirket av utfallsvurderingen. *Reporting bias* betyr rapporteringsskjevhet som frafall og skjevhet, som kan oppstå når deltagere trekker seg fra studiet (Folkehelseinstituttet, 2015).

3.7 Vurdering av validitet og reliabilitet

Validitet inndeles i intern og ekstern validitet. Med intern validitet menes hvilken sikkerhet vi kan fastslå at det er intervensjonen som er årsaken til effekten. Mens ekstern validitet som også betyr generaliserbarhet, brukes når man skal vurdere resultatene fra et eksperiment, om eksperimentet lar seg generalisere (Klepp, 2007). Vi vil metodisk vurdere intern og ekstern validitet i de inkluderte forskningsartiklene. Ett inklusjonskriteriene i denne systematiske litteraturstudien er St. Marks skåringsverktøy. Dette er et skåringsverktøy som er validert i

bruk av registrering av symptomer på anal inkontinens. Den interne kvaliteten er sikret da de selekterte enkeltstudiene er publisert i fagfelle-vurderte tidsskrifter samt at vi i denne systematiske litteraturstudien har kritisk vurdert studiens kvalitet ved å bruke kunnskapssenterets sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2015). For å sikre intern validitet vil vi se på om populasjonen er påvirket av selve undersøkelsen i form av at de svarer på det samme spørreskjemaet gjentatte ganger og ved å gjøre dette endrer på svaret.

Ved ekstern validitet vurderer vi om resultatene er generaliserbare (Fekjær, 2016). I de inkluderte studiene mener vi at populasjonen er representative for målgruppen, noe vi med sikkerhet kan si da et av inklusjonskriteriene var kvinner som hadde født. Ved å se på hvilket forhold eksperimentet ble utført, kan det ha konsekvenser for resultatene og deres overføringsverdi i en annen setting (Klepp, 2007). En slik type setting kan være forskjellen på hvordan populasjonen svarer på St. Marks skåringsverktøy på poliklinikk versus selvadministrert hjemme.

Reliabilitet er et mål på hvor stor grad gjentatte målinger gir samme resultat, viser til hvor pålitelig resultatet er (Svensson et al., 2007). Det er i denne systematiske litteraturstudien, sett opp mot problemstillingen mener vi at reliabiliteten kan være vanskelig å vurdere da materialet som er inkludert er hentet fra et skåringsverktøy i form av selvrapportering. Det er brukeren som svarer på spørreskjemaet og vi vet at det vil forekomme forskjellige svar etter alt etter når de får spørsmålene, de skal tenke tilbake på de fire siste ukene og endringer med situasjonen kan ha endret seg når de igjen senere skal svare på de samme spørsmålene (Friis et al., 2007).

3.8 Analytisk tilnærming/analyseprosess

I denne studien benyttes kvantitative primærstudier. Analysemetoden vi bruker er en kvantitativ tilnærming i denne systematiske litteraturstudien. Vi har derfor gått systematisk inn i hver studie og beskrevet forfatterens metode for statiske analyser og hvilke statistiske analyser vi tar ut fra de ulike studiene. Dette gjør vi for å skille på de ulike metodene som er brukt i de ulike studiene. Gough et al. (2017) beskriver gangen i analyseprosessen på en oversiktlig måte. Ved å bruke beskrivende nøkkelord eller koder gjennomgår vi de ulike studienes egenskaper. Dette kommer frem i presentasjon av artiklene som fremstilles i tabell 6. I denne tabellen tar vi for oss forfatter, år og land, metode, tittel og tidsskrift, hovedmål og hovedfunn og til slutt kvalitet. Deretter legger vi frem en deskriptiv tabell som presenterer data av selekterte artikler relatert til problemstillingen. Dette gjør vi for å ramme inn

forskningsspørsmålet, se tabell 7. Vi har valgt å inkludere Aveyard (2019) sitt eksempel på å identifisere ulike temaer som dukker opp i de ulike studiene. Dette er for å gi en sammenligning av ulike nøkkelord eller koder, se tabell 8.

I denne studien ekstraherer vi i hovedsak deskriptive statistiske analyser fra ulike kvantitative studier. I den randomiserte kontrollerte studien tar vi ut statistiske analyser som prevalens, antall deltagere for gitt utfall og p- verdi. I kasus-kontrollstudien tar vi ut kategoriske data fra undersøkelsesgruppen og to kontrollgrupper. For å sammenligne gruppene brukte forskerne en Mann-Whitney U- test. Mann-Whitney U- test er gunstig å bruke når det er få observasjoner og det er vanskelig å si noe om formen på fordelingen (Skovlund, 2017). Ved analyser i kohortstudie vil T- test være å sammenligne den samme gruppen populasjon på to ulike tidspunkt. T-test brukes i statistikken for å sammenligne kontinuerlig data fra to grupper (Folkehelseinstituttet, 2015). Fra tverrsnittstudiene tar vi ut kontinuerlige data som ble kategorisert og de uavhengige variablene presenteres som frekvenser eller medianer der det er aktuelt.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

Før arbeidet med å gjennomføre en systematisk litteraturstudie begynner, skal det gjøres etiske vurderinger. Et krav til alle vitenskapelige studier er at det skal ta etiske hensyn. Forskerens interesse for å tilegne seg ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte deltagerne som deltar i studiet (Forsberg & Wengström, 2017). All medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, skal legges frem for en regional komite (Veierød & Hjartåker, 2007). Forskeren skal her vise omsorg for deltageren og bevise at de ikke kommer til å bli påført skade eller lide under forskningsperioden. Videre må forskeren være nøye med sin presentasjon av resultatene og konklusjonen (Forsberg & Wengström, 2017). Ifølge loven om medisinsk og helsefaglig forskning skal denne type forskning utøves og organiseres forsvarlig. Forskingen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2018). Helsinkideklarasjonen ble utformet av Verdens legeforening i 1964. Deklarasjonen er med på å styrke det medisinske forskningssamfunnets forskningsetiske bevissthet. Sårbare grupper i samfunnet blir mer beskyttet, og kravet om informert samtykke står sentralt. Det står også at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren og at det informerte samtykket, selv hvor

informert det er, ikke forsvarer uetisk forskning. Samfunnets og vitenskapens søke om ny kunnskap kan ikke forsvare at objektet som blir undersøkt blir utsatt for unødig ubehag og risiko. Sårbare grupper, som for eksempel gravide og nyfødte finnes det mindre forskning på en andre grupper. Det åpnes opp for forskning på disse gruppene for å kunne tilby et bedre behandlingstilbud, det er derfor viktig at undersøkelsesgruppen får vite at forskningen skal komme gruppen til gode, og at de er med i å utvikle behandlingsprogrammet for etterkommere. Deklarasjonen har gjennomgått flere revisjoner, siste gang i 2013 (The World Medical Association, 2018).

4 RESULTAT

I dette kapittelet vil vi beskrive resultatene fra studienes systematiske søk. Vi vil legge fram PRISMA flytdiagram som viser søkeprosessen. Videre vil vi presentere de inkluderte artiklene i form av en tabell. Vi vil deretter legge fram en tabell som viser resultater relatert til oppgavens problemstilling samt en kort oppsummering i tekst.

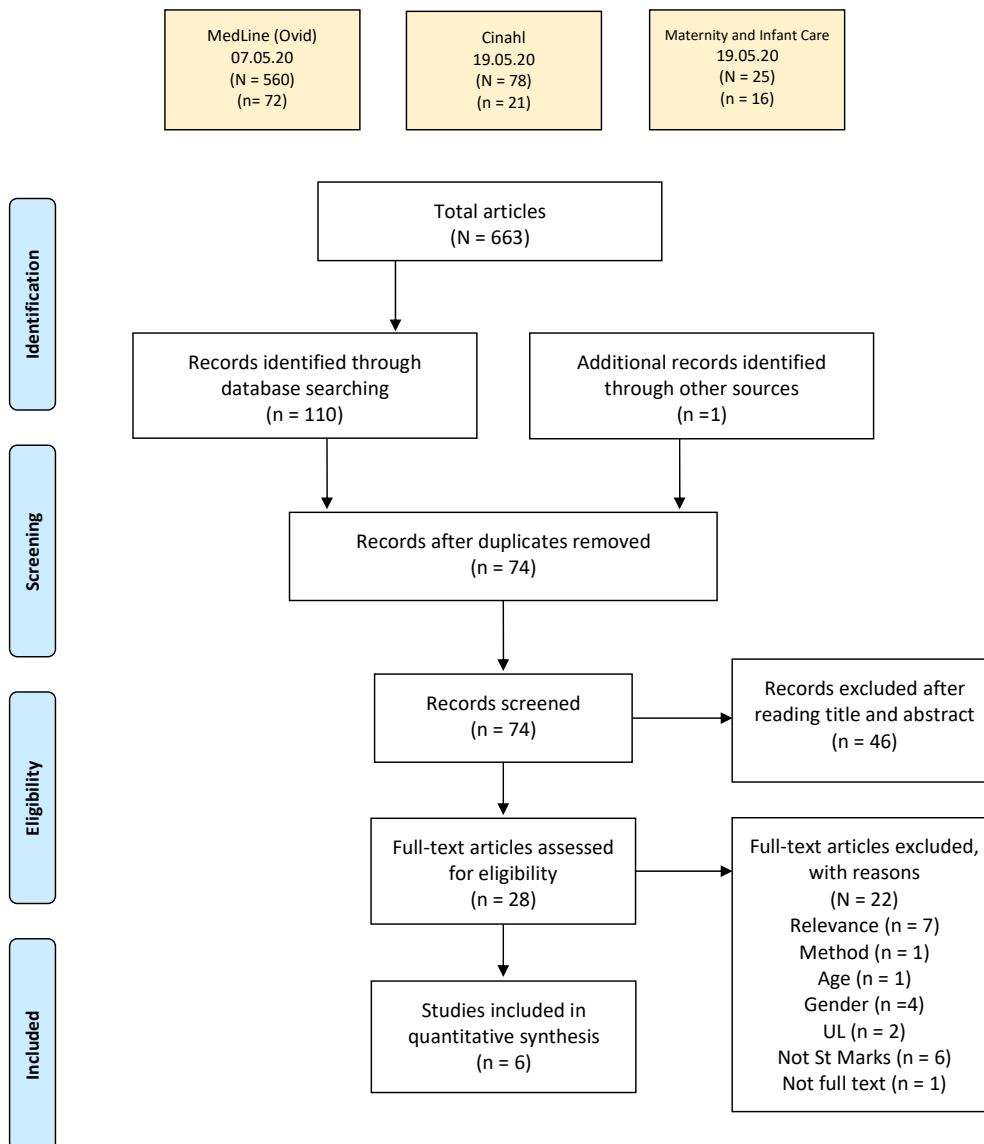
4.1 Søkeprosessen og PRISMA flytdiagram

For å beskrive søkeprosessen og vise seleksjonen av artiklene som til slutt er blitt inkludert, har vi valgt å bruke *PRISMA 2009 Flow Diagram* (Moher et al., 2009), se figur 4. Dette for å gi en oversikt over valgene vi har gjort underveis i prosessen og for å vise hvordan seleksjonen er gjort for å komme frem til de inkluderte forskningsartiklene.

Treffmengden etter systematiske søk i *Medline*, *Cinahl* og *Maternity and infant care* var på totalt 663 artikler. Etter fjerning av duplikater og gjennomlesning av tittel og abstrakter, sto vi igjen med 74 artikler som vi igjen leste tittel og abstrakt på. Denne gjennomlesningen gjorde vi hver for oss. Deretter sammenlignet vi og diskuterte hvilke forskningsartikler som skulle være med videre i prosessen basert på inklusjon- og eksklusjonskriterier. Etter seleksjonsprosessen satt vi igjen med 28 forskningsartikler som vi leste hver for oss i fulltekst. Arbeidet med å lese de 28 artiklene gikk over en periode på to uker, og vi hadde en god dialog underveis i prosessen. Etter en grundig gjennomgang ble vi enige om å inkludere totalt seks artikler som var relevante for vårt tema og vår problemstilling.



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org

Figur 4 Presentasjon av seleksjonsprosessen i Prisma flytdiagram

(Moher et al., 2009)

4.2 Presentasjon av inkluderte studier

Presentasjon av de inkluderte forskningsartiklene blir beskrevet i tabell 4. Her presenteres forfatter, år, land, metode, hovedmål, hovedfunn og vurdering av artikkelens kvalitet. I vedlegg 2 ligger sjekklisene med detaljert kvalitetsvurdering.

Tabell 4 Presentasjon av inkluderte studier

| Forfatter, år og land | Metode, tittel og tidsskrift | Hovedmål og hovedfunn | Kvalitetsvurdering |
|--|--|--|--------------------|
| Johannessen et al. (2018) Norge | Randomisert kontrollert studie *N = 147 kvinner Interview-based versus self-reported anal incontinence using St Mark's incontinence score <i>International Urogynecology Journal</i> | <u>Hovedmål:</u> Sammenligne selvrapportert og intervjubasert rapportering av anal inkontinens ved å bruke St. Marks skåringsverktøy. <u>Hovedfunn:</u> Kvinnene rapporterte hyppigere om symptomer på anal inkontinens når de brukte selvrapportert St. Marks en intervjubasert St. Marks skåringsverktøy. | Høy 11/11 |
| Bøgeskov et al. (2015) Danmark | Kasus kontroll studie N = 149 kvinner Anal incontinence in women with recurrent obstetric anal sphincter rupture: a case control study <i>Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine</i> | <u>Hovedmål:</u> Å vurdere risikoen for tilbakevendende anal sfinkterskade og sammenligne risikoen for anal inkontinens etter tilbakevendende anal sfinkterskade. <u>Hovedfunn:</u> Uavhengig av forløsningsmetode er det en betydelig risiko for vedvarende anal inkontinens etter påfølgende fødsel hos kvinner med en tidligere anal sfinkterskade. Keisersnitt eliminerer imidlertid risikoen for tilbakevendende anal sfinkterskade, og forhindrer derved indirekte en høyere forekomst av anal inkontinens sammenlignet med vaginal fødsel. | Middels 6/8 |
| Johannessen et al. (2013) Norge | Kohortstudie N = 3442 kvinner Prevalence and predictors of anal incontinence during pregnancy and 1 year after delivery: a prospective cohort study <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> | <u>Hovedmål:</u> Evaluere prevalens og prediktorer for anal inkontinens sent i svangerskapet og ett år etter fødsel. <u>Hovedfunn:</u> 1 av 4 førstegangsfødende opplevde anal inkontinens i slutten av svangerskapet. Ett år senere var det 1 av 5 som opplevde anal inkontinens. Sfinkterskade, mors alder og operativ forløsning var faktorer som kunne være årsaken til inkontinens ett år etter fødsel. | Middels 8/10 |

| Forfatter, år og land | Metode, tittel og tidsskrift | Hovedmål og hovedfunn | Kvalitet |
|---|--|---|------------|
| Berg og Sahlin (2020) Norge | Tverrsnittstudie N = 1999 kvinner N = 41 fødeintuisjoner Follow-up of postpartum anal sphincter injuries <i>Tidsskrift for den Norske lægeforening</i> | <u>Hovedmål:</u> Formålet med denne studien var å kartlegge oppfølging og behandling av analsfinkterskade de første to årene etter fødsel. <u>Hovedfunn:</u> 12 av 1999 kvinner med sfinkterskade gjennomgikk kirurgisk behandling innen to år etter fødsel 2 av 41 fødeavdelinger henviste rutinemessig til undersøkelser med endoanal ultralyd og benytter validert skåringssystem for anal inkontinens | Høy 6/7 |
| Laine et al. (2011) Norge | Tverrsnittstudie N = 591 kvinner Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture <i>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica</i> | <u>Hovedmål:</u> Se på utbredelsen og risikofaktorene for anal inkontinens etter obstetrisk anal sfinkterskade. <u>Hovedfunn:</u> Vanligste symptomet var mangel på kontroll av luftavgang. Sfinkterskade grad 4 var den eneste signifikante faktorene for anal inkontinens. | Høy 7/7 |
| Roos et al. (2008) England | Tverrsnittstudie N = 368 kvinner St. Mark's incontinence score for assessment of anal incontinence following obstetric anal sphincter injuries (OASIS) <i>International Urogynecology Journal</i> | <u>Hovedmål:</u> Målet med studiet var å se på kvinners livskvalitet ved hjelp av St Marks etter primær operasjon på grunn av sfinkterskade som var påført i forbindelse med fødsel. <u>Hovedfunn:</u> St. Marks sier noe om kvinners livskvalitet, samtidig som den tar for seg anal inkontinens og blir derfor anbefalt i oppfølging av kvinner som har vært gjennom kirurgi i forbindelse med sfinkterskade etter fødsel. | Høy 6/7 |
| *N = antall deltagere/institusjoner inkludert i studiet | | | |

Oversikt over de ekskluderte artiklene med årsaksforklaring finnes i vedlegg 1.

4.3 Kvalitetsvurdering av selekterte studier

Artiklene som er vurdert til høy kvalitet oppfyller alle eller nesten alle kriteriene. Der kriteriet ikke er oppnådd har det hatt liten betydning for konklusjonen for studien. Derfor ble de vurdert til høy kvalitet. To av artiklene ble vurdert til middels kvalitet. Det betyr at de ikke oppfyller alle kriteriene for sjekklister, men at de allikevel ikke antas at de har noen betydning for studiens konklusjon. Vi har benyttet oss av sjekklister for tverrsnitt-, kohort-, kaskontroll og randomisert kontrollerte studier. Disse sjekklister legges ved i oppgaven som vedlegg 2.

Tabell 5 Kvalitetsvurdering av selekterte studier

| Forfatter og år | Sjekkliste | Vurdering | |
|---------------------------|--------------------------------|-----------|---------|
| Johannessen et al. (2018) | Randomisert kontrollert studie | 11/11 | Høy |
| Bøgeskov et al. (2015) | Kasus-kontrollstudier | 6/8 | Middels |
| Johannessen et al. (2013) | Kohortstudier | 8/10 | Middels |
| Berg og Sahlin (2020) | Tverrsnittstudie | 6/7 | Høy |
| Laine et al. (2011) | Tverrsnittstudie | 7/7 | Høy |
| Roos et al. (2008) | Tverrsnittstudie | 6/7 | Høy |

4.4 Vurdering av risiko for bias i de selekterte studier

De inkluderte artiklene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) har hentet datamateriale fra sykehusets databaser, nasjonale fødselsregistre eller spørreskjema, noe som sikrer en mindre påvirkning på forskerne og gir dermed en lav risiko for «selection bias».

Vi har vurdert det til lav risiko for *detection bias* da forskerne ikke blir påvirket av utfallet.

Studien til Johannessen et al. (2018) har under *reporting bias* blitt vurdert til høy risiko.

Grunnen til dette er at det er en mulighet for at kvinnene som er inkludert i studiet kan ha husket hva de svarte på spørreskjemaet kort tid før de var inne til konsultasjon hos behandler, hvor de fikk de samme spørsmålene igjen. Dette kritiserer også forskerne av studiet seg selv for. Fire av de inkluderte studiene har hatt frafall eller kan ha feil i rapporteringen og er derfor blitt satt til usikker risiko. I Roos et al. (2008) sin studie er det lav risiko for *reporting bias*, da det kun har vært en konsultasjon og ikke er rapportert om noe frafall i artikkelen.

Tabell 6 Vurdering av risiko for bias

| | Selection bias | Detection bias | Reporting bias |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Johannessen et al. (2018) | ● | ● | ● |
| Bøgeskov et al. (2015) | ● | ● | ● |
| Johannessen et al. (2013) | ● | ● | ● |
| Berg og Sahlin (2020) | ● | ● | ● |
| Laine et al. (2011) | ● | ● | ● |
| Roos et al. (2008) | ● | ● | ● |

● Lav risiko
 ● Usikker risiko
 ● Høy risiko

(Higgins et al., 2011)

4.5 Presentasjon av resultater relatert til denne studiens problemstilling

Her presenterer vi resultater fra de inkluderte artiklene sett i lys av problemstillingen; «*På hvilken måte kan St. Marks skåringsverktøy brukes i oppfølging av kvinner med sfinkterskade etter fødsel?*».

I tabell 7 presenterer vi data og resultater fra de selekterte studiene i denne systematiske litteraturstudien. I kolonne 1 presenterer vi forfatter, år, land og studiedesign. I kolonne 2 presenterer vi populasjonskjennetegn, i kolonne 3 presenteres inkluderte og ekskluderte og i kolonne 4 er det tid for oppfølging. Kolonne 5 omhandler diagnostisering og behandling av fødselsskade og til slutt kommer kolonne 6 og 7 som omhandler St. Marks skåringsverktøy.

Tabell 7 Presentasjon av data og resultater i selekterte artikler

| Forfattere, år, land og studiedesign | Populasjons-kjennetegn | Inkludert i studiet, totalt, frafalt og ekskluderte | Tid for oppfølging** | Diagnostisering og behandling av fødselsskade | St Marks skåringsverktøy (SMIS) | |
|---|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| | | | | | Innhold med St. Marks skåringsverktøy | sSMIS (selvrapportering) og/eller iSMIS (intervju) |
| Johannessen, H. H., Norderval, S., Stordahl, A., Falk, R. S., & Wibe, A. 2018 Norge Randomisert kontrollert studie | Gjennomsnittsalder: 29,9 år Etnisitet Norsk: 88,4% (N = 147) Europeisk: 7,5% (N = 147) Asiatisk: 4,1% (N = 147) Gift/samboer: 94,6% (N = 147) Arbeidsaktiv: 85,7% (N = 147) Grunnskole: 2,7% (N = 147) Videregående: 23,8% (N = 147) Høyere utdanning: 72,1% (N = 147) Mangler informasjon om utdanning: 1,4% (N = 147) Forløsningsmetode: Vaginalt: 67,3% (N = 147) Vakuum: 27,1% (N = 147) Tang: 2,8% (N = 147) Keisersnitt: 2,8% (N = 147) Førstegangsfødende: 78,2% (N = 147) Flergangsfødende: 21,8% (N = 147) | 147 kvinner To sykehus i Norge, i perioden 2010-2014 Tre kvinner manglet et spørsmål i spørreskjemaet, ellers ble alle utfylt og ingen ble ekskludert fra studiet | I gjennomsnitt ett år etter fødsel | Kvinnene svarte på selvadministrert St. Marks skåringsverktøy før konsultasjonen, før de under samtale med behandler ble spurt om St. Marks skåringsverktøy som intervju | 74,1% (N = 147) av kvinner rapporterte at de hadde en form for anal inkontinens | Rapporterte ved hjelp av iSMIS og sSMIS Gjennomsnittlig rapportert iSMIS: 4,0 sSMIS: 4,3 |
| Bøgeskov, R. A., Mickelsen, C. N. A. & Secher, N. J. 2015 Danmark Kasus kontroll studie | Avidentifiserte opplysninger fra det danske fødselsregisteret. Flergangsfødende kvinner med anal sfinkterskade ved første fødsel | 93 437 vaginale fødsler i studieperioden, 01.01.2000-01.06.2011 To fødeinstitusjoner 0,05% (N = 93437) kvinner hadde tilbakevende anal sfinkterskade, av disse ble 65,3% (N = 49) kvinner inkludert i undersøkelsesgruppen. 34,7% (N = 49) kvinner ble ekskludert på grunn av mangler i forhold til inklusjonskriteriene To kontrollgrupper med 50 kvinner i hver gruppe Kontrollgruppe 1: Kvinner som føder vaginalt etter anal sfinkterskade ved første fødsel og | 6 måneder etter fødsel | Antall kvinner som angrer på forløsningsmetode: Undersøkelsesgruppe: 18,8% (N = 32) Kontrollgruppe 1: 10% (N = 50) Kontrollgruppe 2: 6,8% (N = 44) | Svarte på St. Marks skåringsverktøy Undersøkelsesgruppen: 62,5% (N = 32) Kontrollgruppe 1: 54% (N = 50) Kontrollgruppe 2: 59% (N = 44) | Rapporterte ved hjelp av sSMIS 23,8% (N = 126) av hele studiepopulasjonen rapporterte at de hadde en form for anal inkontinens Undersøkelsesgruppen: 31,3% (N = 32) Kontrollgruppe 1: 18% (N = 50) Kontrollgruppe 2: 24% (N = 44) |

| | | ikke fikk anal sfinkterskadeved andre fødsel. Kontrollgruppe 2: Forløses med keisersnitt på eget ønske etter tidligere fødsel med anal sfinkterskade I kontrollgruppe 2 ble 12% (N = 50) kvinner ekskludert på grunn av at keisersnitt ble utført på et annet medisinsk grunnlag | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Forfattere, år, land og studiedesign | Populasjons-kjennetegn | Inkludert i studiet, totalt, frafalt og eksklusjonskriterier | Tid for oppfølging | Diagnostisering og behandling av fødselsskade | St Marks skåringsverktøy (SMIS) | |
| | | | | | Innhold med St. Marks skåringsverktøy | sSMIS (selvrapportering) og/eller iSMIS (intervju) |
| Johannessen, H. H., Wibe, A., Stordal, A., Sandvik, L., Backe, B. & Mørkved, S. 2013 Norge Kohortstudie | Førstegangsfødende Gjennomsnittsalder: 28,2 år Gift/samboer: 94,1% (N = 1571) Single: 5,5% (N = 1571) Ukjent sivilstatus: 0,3% (N = 1571) Høyere utdanning: 60% (N = 1571) Arbeidsaktive: 80% (N = 1571) Røyker i første trimester: 9,2% (N = 1571) Røyker i tredje trimester: 3,2% (N = 1571) | 3442 førstegangsfødende i studieperioden, september 2009 – desember 2010 To fødeinstitusjoner 45,6% (N = 3442) av kvinnene ble inkludert i siste del av svangerskapet 66% (N = 3442) av kvinnene responderte ett år etter fødsel Vaginale fødsler: 85,2% (N = 1571) Tangforløsning: 1,2% (N = 1571) Vakuumforløsning: 16,1% (N = 1571) Setefødsel: 3,5% (N = 1571) Keisersnitt: 14,8 % (N = 1571) Elektiv: 20,6% (N = 233) Akutt: 79,4% (N = 233) Episiotomi: 22,7% (N = 1571) Ingen rift: 62,7 % (N = 1571) Rift grad en: 17,1% (N = 1571) Rift grad to: 16 (N = 1571) Rift grad tre: 3,7% (N = 1571) Rift grad fire: 0,4% (N = 1571) Eksklusjonskriterier: flergangsfødende, alder under 18 år, snakker ikke norsk, prematur fødsel, psykiske plager hos mor, fødsel utenfor sykehus | Siste fire ukene av svangerskapet og ett år etter fødsel | Deltakerne svarte på spørsmål om sin analfunksjon både i sen graviditet og ett år etter fødselen | 45,6% (N = 3442) ble inkludert i studiet da de svarte på St. Marks skåringsverktøy på barselavdelingen 66% (N = 1571) svarte på St. Marks skåringsverktøy ett år etter fødsel | sSMIS 36,5% (N = 1571) rapporterer om symptomer på anal inkontinens fire siste uker av svangerskapet 25,9% (N = 1037) rapporterer om symptomer på anal inkontinens ett år etter fødsel |
| Berg, M. R. & Sahlin, Y. 2020 | Kvinnenes gjennomsnittsalder: 29,8 år Førstegangsfødende: 66,7% (N = 1999)* | 98000 vaginale fødsler i studieperioden, 01.01.2012-31.12.2013 2% (N = 98000) kvinner inkludert | 6- 12 måneder etter fødsel | 0,6% (N = 1999) kvinner gjennomgikk sfinkterplastikk | 4,9% (N = 41) av fødeavdelinger i Norge bruker St. Marks skåringsverktøy | |

| Norge | Fleregangsfødende: 33,3% (N = 1999) | 91,1% (N = 45) av fødeinstitusjonene i Norge ble inkludert | | | | |
|---|---|--|-------------------------|---|--|--|
| Tverrsnittstudie | | 8,9% (N = 45) fødeavdelinger responderte ikke på spørreskjemaet | | | | |
| Forfattere, år, land og studiedesign | Populasjons-kjennetegn | Inkludert i studiet, totalt, frafalt og eksklusjonskriterier | Tid for oppfølging | Diagnostisering og behandling av fødselsskade | St Marks skåringsverktøy (SMIS) | |
| | | | | | Innhold med St. Marks skåringsverktøy | sSMIS (selvrapportering) og/eller iSMIS (intervju) |
| Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sanda, B., Horne, H., Spydslaug, A. & Staff, A. C. 2011 Norge Tverrsnittstudie | Alder 18-45 år (ukjent gjennomsnittsalder) Flest kvinner fra vestlige land (ukjent antall) Flest førstegangsfødende (ukjent antall, 66,7% (N = 1999)) | 18145 kvinner fødte ved en fødeinstitusjon i studieperioden 2003-2005 Vaginale fødsler: 82,4% (N = 18145) Anal sfinkterskade: 3,9% (N = 14959) Rift grad 3: 93% (N = 591) Rift grad 4: 7% (N = 591) 77% (N = 591) kvinner med anal sfinkterskade ble inkludert i studiet 23% (N = 591) frafalt | 10 måneder etter fødsel | 3,9% (N = 14959) kvinner som fikk sfinkterskade grad 3 eller 4 under fødsel | 83,5% (N = 455) av kvinner rapporterte at de hadde en form for anal inkontinens | iSMIS St. Marks skår 0: 62,4% (N = 455) Rift grad tre: 95,8% (N = 284) Rift grad fire 4,2% (N = 284) St. Marks skår 1-2: 16,5% (N = 455) St Marks skår ≥3: 21% (N = 455) Rift grad tre: 80,2% (N = 96) Rift grad fire: 19,8% (N = 96) |
| Roos, A. M., Sultan, A. H. & Thakar, R. 2008 England Tverrsnittstudie | Gjennomsnittsalder: 30 år | 368 kvinner som er operert for primæroperasjon etter sfinkterskade | 10 uker etter fødsel | Kvinner med sfinkterskade fra fødsel | Kvinner blir intervjuet 10 uker etter fødsel og svarer da på St. Marks skåringsverktøy | iSMIS Gjennomsnittlig iSMIS var 1,35 75% (N = 368): 0 poeng 15,3% (N = 368): 0-4 poeng 5,4% (N = 368): 5- 8 poeng 4,3% (N = 368): over 8 poeng |
| *(N =) Angir det totale antallet | | | | | | |
| ** Tid for oppfølging. Tidspunktet for når datamaterialet ble innhentet og/eller når kvinnene hadde time til oppfølging etter sfinkterskade | | | | | | |

Vi vil her identifisere aktuelle temaer, og bestemme hvilke resultater fra de ulike studiene som passer inn under de ulike temaene. Vi har valgt å følge Aveyard (2019) sitt eksempel på hvordan vi presenterer de identifiserte temaene i tabellen under. Temaene i tabellen er hentet ut fra resultatdelen i de inkluderte studiene. Temaene er med på å gi en oversikt over temaer som omtales i de ulike selekterte studiene (Aveyard, 2019).

I tabell 8 legger vi fram funn som er sammenlignbare i de inkluderte artiklene i vår studie.

Tabell 8 Sammenligning av funn i de utvalgte artiklene

| | Berg og Sahlin (2020) | Bøgeskov, R. A., et al. (2014) | Johannessen, H. H., et al. (2018) | Johannessen, H. H., et al. (2013) | Laine, K., et al. (2011) | Roos, A. M., et al. (2008) |
|---|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Inkludert fra fødselsregister | ✓ | ✓ | | | ✓ | |
| Inkludert ved poliklinikk | | | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Inkludert på barselavdelingen | | | | ✓ | | |
| Bruker St. Marks selv-administrert | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Bruker St. Marks intervjubasert | | | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Undersøker bruken av St. Marks på sykehus | ✓ | | | | | |
| Anbefaler bruk av St. Marks i oppfølging av kvinner med sfinkterskade | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Viser ikke forskjell på selv-administrert og intervjubasert St. Marks | | | ✓ | | | |
| Jordmødre og leger bør fortsette med å forebygge sfinkterskade under fødsel | ✓ | | | ✓ | ✓ | |

4.6 Resultater og data fra de selekterte artiklene

4.6.1 Tid for oppfølging etter fødsel

Tid for oppfølging betyr i denne konteksten tidspunktet for når datamaterialet ble innhentet og/eller når kvinnene hadde time til oppfølging etter sfinkterskade. Oppfølgingstiden varierer fra ti uker til ett år etter fødsel.

Vi kan i studien til Berg og Sahlin (2020) se at studieperioden går over to år og at kvinnene følges opp ett år etter fødsel. Informasjonen er hentet ut fra medisinsk fødselsregister i tillegg har de sendt ut spørreskjema til alle fødeinstitusjonene i Norge for å undersøke oppfølgingsrutiner rundt kvinner som har fått en sfinkterskade under fødsel.

I Bøgeskov et al. (2015) sin studie har de hentet ut aidentifisert informasjon fra det Danske fødselsregisteret ti år tilbake i tid. Alle kvinner med sfinkterskade blir rutinemessig henvist til poliklinikk seks måneder etter fødsel.

Johannessen et al. (2018) inkluderer kvinner til sin studie når de møter opp på konsultasjon på poliklinikken ti måneder etter fødsel.

I den andre studien til Johannessen et al. (2013) er de i kontakt med de inkluderte kvinnene to ganger i løpet av det første året etter fødsel. Kvinnene svarer på et spørreskjema basert på St. Marks skåringsverktøy før avreise fra sykehuset, og får tilsendt tilsvarende spørreskjema i posten ett år etter fødsel.

I studien til Laine et al. (2011) inkluderer de kvinner over en periode på to år der de møter til etterkontroll av sfinkterskade i gjennomsnitt ti måneder etter fødsel. Kvinnene ble henvist til fysioterapeut seks uker etter fødsel og til gynekologisk poliklinikk ett år etter fødsel.

I Roos et al. (2008) sin studie får kvinnene oppfølging etter primær operasjon av sfinkterskade på poliklinikken i gjennomsnitt ti uker etter operasjonen.

4.6.2 Behandling og symptomer av anal inkontinens

Det var 1999 kvinner med sfinkterskade i studieperioden til Berg og Sahlin (2020), hvor 2/3 var førstegangsfødende. 12 av 1999 (0,6%) kvinnene ble behandlet for sfinkterplastikk i gjennomsnitt 14 måneder etter fødsel. Alle fødeinstitusjonene innkalte kvinnene til poliklinisk time i etterkant av fødsel, men det varierte hvor mange kontrolltimer de fikk og hvor lenge etter fødsel disse konsultasjonene fant sted.

Kvinnene i studien til Bøgeskov et al. (2015) ble inkludert da de i svangerskapsuke 20 i sitt andre svangerskap ble undersøkt av en overlege for å planlegge forløsningsmetode, da de hadde en sfinkterskade ved første fødsel. Hvis kvinnen ikke har noen symptomer på anal inkontinens, ble hun anbefalt å føde vaginalt. Det var 609 av 3459 (17,6%) kvinner som fikk sfinkterskade. Av disse igjen var det 49 av 609 (8%) kvinner som fikk en tilbakevendende sfinkterskade etter en ny vaginal fødsel. Totalt var de 30 av 126 (24%) kvinner som rapporterer om symptomer på anal inkontinens.

Johannessen et al. (2018) rapporterer i sin studie at 109 av 147 (74,1%) kvinner opplever symptomer på anal inkontinens.

I den andre studien til Johannessen et al. (2013) ble St. Marks poengsum og forekomst av symptomer på anal inkontinens redusert betydelig fra sen graviditet til ett år etter fødsel.

Symptomer på anal inkontinens ble rapportert hos 571 (37%) kvinner fire uker før fødsel, mens de ett år etter fødsel ble rapportert fra 267 (26%) kvinner.

Laine et al. (2011) rapporterer at var det 591 kvinner av totalt 18145 (3,2%) som fikk diagnostisert sfinkterskade. Skaden ble diagnostisert per operativt ved bruk av en standard klassifisering av rift grad 3 eller 4, og ble registrert i kvinnens journal.

Totalt 368 kvinner ble inkludert i studien til Roos et al. (2008) etter oppmøte på poliklinikken etter sfinkterskade i forbindelse med fødsel.

4.6.3 St. Marks skåringsverktøy

Berg og Sahlin (2020) kartla hvilke fødeinstitusjoner i Norge som bruker det validerte skåringsverktøyet St. Marks. Det er totalt 45 fødeinstitusjoner i Norge og 41 (91,1%) av disse besvarte spørreskjema om rutiner rundt oppfølging av kvinner med sfinkterskade etter fødsel. Resultatet viser at 2 av 41 (4,9%) fødeinstitusjoner bruker St. Marks skåringsverktøy i Norge. Kvinnene i studien til Bøgeskov et al. (2015) ble inkludert da de fikk tilsendt informasjon om studiet og et skjema med St. Marks skåringsverktøy i posten.

I studien til Johannessen et al. (2018) svarte de 147 kvinnene på St. Marks skåringsverktøy som et selvadministrert spørreskjema før de gikk inn til konsultasjonen der de igjen fikk de samme spørsmålene.

I den andre studien til Johannessen et al. (2013) fikk kvinnene utdelt et selvadministrert St. Marks skåringsverktøy på barselavdelingen hvor de rapporterte om symptomer de fire siste ukene før fødselen. Ett år etter fødselen svarte de på skjemaet på nytt da de fikk dette tilsendt i posten. Det var 1571 kvinner som svarte på skjemaet på sykehuset og 1031 (65,6%) som svarte ett år etter fødsel.

I studien til Laine et al. (2011) blir de inkluderte kvinnene med sfinkterskade intervjuet med St. Marks skåringsverktøy på poliklinikken ti måneder etter fødsel. De kategoriserte kvinnene i tre ulike grupper av St. Marks skår for å evaluere alvorlighetsgraden til anal inkontinens. Av de 284 (62%) kvinnene ble det rapportert om en St. Marks skår på null, 75 (17%) av kvinnene rapporterte en skår på 1-2 og 96 (21%) kvinner rapporterer en St. Marks skår ≥ 3 .

I Roos et al. (2008) sin studie er det 276 (75%) av kvinnene som rapporterer om en St. Marks skår på 0. Videre er det 56 (15%) av kvinnene som rapporterer en St. Marks skår på 1-4. St. Marks skår på 5-8 blir rapportert hos 20 (5,5%) av kvinnene, mens det er 16 (4,5%) av kvinnene som rapporterer om en St. Marks skår på >8 .

4.7 Hovedfunn ut fra resultater og data fra selekterte artikler relatert til denne studien

De inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) anbefaler bruk av St. Marks skåringsverktøy i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade.

St. Marks skåringsverktøy er opprinnelig validert for intervju (Vaizey et al., 1999), tre av de seks inkluderte studiene i denne systematiske litteraturstudien tar for seg bruken av selvadministrert St. Marks skåringsverktøy (Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013). I studien til Johannessen et al. (2018) sammenlignes bruken av selvadministrert og intervjubasert St. Marks skåringsverktøy.

I studien til Johannessen et al. (2018) kommer de fram til at det ikke er noe forskjell på selvadministrert og intervjubasert St. Marks skåringsverktøy. Kvinnene rapporterer nesten helt likt på de to måtene med et gjennomsnitt St. Marks skår på 4,3 poeng på selvadministrert, mens det på intervjubasert er 4,0 poeng. Det ser også ut til at kvinnene rapporterer om mer ubehag når de rapporterer selvadministrert enn under intervju. Vi kan se at 115 av de 147 (78,2%) kvinnene er førstegangsfødende. Det er 109 av 147 (74,1%) kvinner som rapporterte om symptomer på anal inkontinens.

Berg og Sahlin (2020) kommer i studie fram til at kun 2 av 41 (4,9%) fødeinstitusjoner bruker St. Marks skåringsverktøy i oppfølgingen av kvinner som har fått en sfinkterskade under fødsel. I den samme studien kommer det fram at 12 av 1999 (0,6%) av kvinnene gjennomgikk sfinkerplastikk i etterkant av fødselen. 1339 av 1999 (66,7%) av gruppen var førstegangsfødende.

I studien til Bøgeskov et al. (2015) kommer det fram at uavhengig av forløsningsmetode er det en betydelig risiko for vedvarende anal inkontinens etter påfølgende fødsel hos kvinner med en tidligere anal sfinkterskade. Det var 30 av 126 (23,8%) av den totale studiepopulasjonen som rapporterer om en form for anal inkontinens ved hjelp av selvadministrert St. Marks skåringsverktøy.

Johannessen et al. (2013) viser til at St. Marks skåringsverktøy fungerer godt som selvadministrert, selv på en populasjon som ikke er usatt for sfinkterskade. St. Marks skåringsverktøy kan brukes under svangerskapet for å rapportere om symptomer på anal inkontinens.

Det er i studien til Laine et al. (2011) 378 av 455 (83,5%) kvinner som rapporterte om en form for anal inkontinens ved hjelp av intervjubasert St. Marks skåringsverktøy. De viser til at sfinkterskade grad 4 er den eneste signifikante faktoren for anal inkontinens. Kun 11 av 284 (4,2%) av kvinnene med sfinkterskade grad 4 rapporterer en St. Marks skår på 0, mens 19 av 96 (19,8%) av kvinnene med en sfinkterskade grad 4 rapporterer en St. Marks skår på ≥ 3 .

I studiet til Roos et al. (2008) kommer det frem at St. Marks skåringsverktøy er godt egnet også for kvinner med få symptomer på anal inkontinens. Noe som gjør at dette skåringsverktøyet egner seg i oppfølgingen av kvinner etter fødsel. Det var 276 av 368 (75%) kvinner som rapporterte om en St. Marks skår på 0, mens 36 av 368 (9,7%) har en St. Marks skår på ≥ 5 .

5 DISKUSJON

Vi velger å innlede kapittelet med en oppsummering av hovedresultatene, dernest kommer metode- og resultatdiskusjonen. I denne systematiske litteraturstudien ser vi på resultater fra de inkluderte studiene opp mot teori og annen forskning for å svare på problemstillingen. Underveis vil vi inkludere jordmor og jordmors rolle samt diskutere dagens praksis og muligheter for fremtidig oppfølging av kvinner med sfinkterskade. Til slutt kommer vi til å se på behovet for videre forskning innenfor temaet.

5.1 Oppsummering av hovedresultatene

Skåringsverktøyet St. Marks er opprinnelig validert for intervju (Vaizey et al., 1999), tre av de seks inkluderte studiene i denne systematiske litteraturstudien ser på bruken av skåringsverktøyet som selvadministrert (Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013). Alle de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) anbefaler bruk av St. Marks skåringsverktøy i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. I studien til Berg og Sahlin (2020) kommer det fram at kun 2 av 41 (4,9%) fødeinstitusjoner i Norge bruker St. Marks skåringsverktøy i oppfølgingen av kvinner, som har fått en sfinkterskade under fødsel. I studien til Bøgeskov et al. (2015) kommer det fram at uavhengig av forløsningsmetode er det en betydelig risiko for vedvarende anal inkontinens etter påfølgende fødsel hos kvinner med en tidligere sfinkterskade. Skåringsverktøyet St. Marks kan brukes under svangerskapet for å rapportere om symptomer på anal inkontinens (Johannessen et al., 2013). I studien til Laine et al. (2011) konkluderer de med at sfinkterskade grad 4 er den eneste signifikante faktoren for anal inkontinens. Roos et al. (2008) kommer fram til at St. Marks skåringsverktøy kan brukes på en populasjon med få symptomer på anal inkontinens, noe som gjør at dette skåringsverktøyet egner seg i oppfølgingen av kvinner som har født.

5.2 Metodens styrker og begrensinger

I dette kapittelet vil vi presentere styrker og begrensinger relatert til metode. Vi vil drøfte kvalitetsvurderingen til de ulike enkeltstudiene og diskutere risikoen for bias, validitet og reliabilitet. Videre diskuterer vi seleksjonskriteriene, valg av databaser, søkeord,

søkeords sammensetninger, søkeprosess og bruk av PRISMA- flytdiagram. Til slutt vil vi diskutere etiske vurderinger.

5.2.1 Styrker og begrensninger vedrørende metode i denne systematiske litteraturstudien

En styrke med denne systematiske litteraturstudien er at vi er to studenter som selvstendig og i samspill har lest, analysert og selektert ut relevante forskningsartikler. På en annen side er det en begrensning at vi har lite erfaring med å skrive oppgaver på masternivå, da dette er nytt for oss. Vi ser det som en styrke at vi kun har inkludert kvantitative studier, da problemstillingen søker å finne generaliserbar kunnskap, og de selekterte kvantitative artiklene bidrar med slik kunnskap.

Sammenlignbarhet mellom studier øker muligheten for kvalitet felle analyse av resultatene og for å kunne konkludere. En begrensning med denne systematiske litteraturstudien er at de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) presenterer resultatene fra St. Marks skåringsverktøy ulikt. Konsekvensen av dette er at vi ikke kan sammenstille studienes resultater til en analyse. Alle de inkluderte studiene er primærstudier, som kan være en styrke. Dette gir oss tilgang til tall som ikke er blitt bearbeidet mer enn en gang. Det kan være både en styrke og begrensning at de inkluderte studiene kommer fra europeiske land og flest fra Norge. På en annen side er det en styrke at ved å inkludere norske studier kan resultatene sammenlignes og iverksettes i praksis. Vi har valgt å inkludere to studier fra samme hovedforfatter noe som kan være en begrensning i oppgaven da begge studiene tar for seg samme studiepopulasjon, men med ulik metode og studiedesign.

En begrensning med de systematiske litteratursøkene er at vi ikke har avgrenset søket med årstall. På en annen side ble St. Marks skåringsverktøy innført i 1999 (Vaizey et al., 1999), vi ønsket at litteratursøket skulle gi mulighet for å få med alle studier av relevans etter at skåringsverktøyet ble validert. I studien til Laine et al. (2011) ser vi det som en begrensning at studien fant sted i 2003- 2005 noe som er før handlingsplanen for sfinkterskade ble innført i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

5.2.2 Kvalitetsvurdering av selekterte studier

For å vurdere kvaliteten i de selekterte studiene, har vi anvendt kunnskapssenterets sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2015). Vi har inkludert en randomisert- kontrollert studie, en kasus-kontrollstudie, en kohortstudie og tre tverrsnittstudier.

En randomisert- kontrollert studie kjennetegnes ved at personer fordeles tilfeldig i to eller flere grupper (Skovlund & Bretthauer, 2007). I studien til Johannessen et al. (2018) er studiepopulasjonen fra to sykehus, derfor en toarmet randomisert- kontrollert studie. Studiepopulasjonen blir eksponert for både selvadministrert og intervjubasert St. Marks skåringsverktøy. Selvadministrert St. Marks skåringsverktøy er intervensjonen siden St. Marks skåringsverktøy er validert til intervju. Studien til Johannessen et al. (2018) har vi vurdert kvaliteten til høy. Randomiserte kontrollerte studier defineres som gullstandard ved utprøvinger innenfor medisin (Skovlund & Bretthauer, 2007), og vi ser det derfor som en styrke på vår systematiske litteraturstudie at denne har fått høy vurdering.

Kasus- kontrollstudier kjennetegnes ved at man sammenligner en gruppe med en annen gruppe. Gruppene skal være så like som mulig for å kunne se om det er en årsaksforklaring for hvorfor den ene gruppen blir syk og ikke den andre. Fordelen med dette studiedesignet er at mange ulike typer eksponeringer kan undersøkes. Det kan være godt egnet for de med sjeldne tilstander, samtidig kan studiedesignets begrensninger være problemer med informasjon om eksponering (Thelle & Veierød, 2007). I kasus- kontrollstudie til Bøgeskov et al. (2015) er det én undersøkelsesgruppe og to kontrollgrupper. Hele studiepopulasjonen har født vaginal og blitt diagnostisert med en sfinkterskade. Før neste fødsel blir de inkludert i studiet etter forløsningsmetode, vaginalt eller keisersnitt ut fra symptomer og eget ønske. Vi har vurdert studiens kvalitet til middels. Årsaken er at det er en usikkerhet som gjelder forvekslingsfaktorer i studiets design og analyse. Vi kan ikke se at studiet har tatt hensyn til om eksponeringsgruppen var blindet eller ikke, men samtidig er de tre gruppene ulike med tanke på forløsningsmetode. Derfor er ikke blinding aktuelt.

Kohortstudie kjennetegnes ved at man samler inn opplysninger før en bestemt tilstand oppstår og deretter sammenlikner forekomsten av tilstanden for individer med ulik eksponering (Hjartåker & Lund, 2007). I studien til Johannessen et al. (2013) undersøker de grad av anal inkontinens fire uker før fødsel og ett år etter fødsel. Tilstanden som undersøkes er da symptomer på anal inkontinens i forbindelse med fødselen. Vi har vurdert denne studien til middels kvalitet på grunn av at vi ikke kan se at det er laget en frafallsanalyse.

Tversnittstudie kjennetegnes ved at de undersøker et utvalg individer i løpet av en kort tidsperiode eller på et gitt tidspunkt. Spørreskjemaer er mye brukt og skjemaene må være validert for undersøkelsesgruppen. Tversnittstudier har som målsetning å estimere prevalens av en veldefinert tilstand (Veierød & Thelle, 2007). I de inkluderte (Berg & Sahlin, 2020; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) er undersøkelsesgruppen kvinner med anal inkontinens etter vaginal fødsel. I studien til (Berg & Sahlin, 2020) har vi vurdert at det er uklart om at det er gjort rede for sykehusene som responderte versus de som ikke responderte på spørreskjema, når det gjelder oppfølgingsrutiner av kvinner med sfinkterskade ved de ulike fødeinstitusjonene i Norge. På en annen side var det høy andel fødeinstitusjoner som svarte på spørreskjemaet, 41 av 45 (91,1%). Vi har derfor valgt å vurdere den til høy på tross av at studien mangler informasjon om hvilke fødeinstitusjoner som ikke har svart. Studien til Roos et al. (2008) har vi på lik linje som studien til Berg og Sahlin (2020) vurdert til høy kvalitet selv om vi har vurdert at det er en usikkerhet rundt respondentene som responderte og ikke. Det kan se ut til at alle som møtte opp til konsultasjon på poliklinikken ble inkludert. Den siste tversnittstudien vi har vurdert er studien til Laine et al. (2011). Denne har vi vurdert til høy kvalitet da denne er den eneste som oppfyller alle krav i henhold til sjekklisten.

5.2.3 Vurdering av risiko for bias av selekterte studier

Alle de inkluderte artiklene har blitt vurdert med risikoen for bias, det vil si at vi gransket artiklene og vurderte skjevheter som kan være med på å påvirke artikkelens pålitelighet (Delgado-Rodríguez & Llorca, 2004). *Selection bias* omhandler utvelgelsen av undersøkelsesgruppen (Delgado-Rodríguez & Llorca, 2004). Vi har vurdert alle de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) til å ha lav risiko for dette. Siden det er en spesifikk pasientgruppe er det derfor ikke fare for at kvinnene som har født vaginalt ikke har vært i risiko for å være utsatt for en skade på underlivet. Også under *detection bias*, som ser på målskjevheten (Delgado-Rodríguez & Llorca, 2004) mener vi at studiene har lav risiko for dette. Når vi kommer til *reporting bias*, som omhandler rapporteringsskjevhet som frafall, hvor deltagere trekker seg eller skjevhet i resultatet (Delgado-Rodríguez & Llorca, 2004) har vi vurdert at fire (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011) av de inkluderte studiene har risikoen som usikker. I Johannessen et al. (2018) har vi under *reporting bias* satt høy risiko. Dette fordi kvinnene svarer på spørreskjemaet kort tid før konsultasjonene, noe som kunne ført til at kvinnene husket hva de rapporterte i

spørreskjemaet, og dermed kunne svaret inne hos behandleren bli påvirket. Dette er noe artikkelen også kritiserer seg selv for. I studiet til Roos et al. (2008) ser vi det som lav risiko for rapporteringsskjevhet, da kvinnene kun har vært i kontakt med forskerne på ett tidspunkt.

5.2.4 Vurdering av reliabilitet og validitet av selekterte studier

Vi ser det som en styrke at alle de selekterte artiklene er fagfellevurdert og publisert i tidsskrifter. Det er styrke at vi har vurdert forskningsartiklene kritisk ved hjelp av helsebibliotekets sjekklister. Eksempler på hvordan og hvilke artikler vi har vurdert validitet og reliabilitet, kan vi se at i studien til Johannessen et al. (2018) er det samsvar mellom St. Marks skår som selvadministrert og som intervju, dette resultatet viser til at studiet har høy reliabilitet. Det kan være en begrensning at man svarer ulikt i form av om hvilke symptomer kvinnen har da spørreskjemaet blir utfylt, noe som kan påvirke reliabiliteten. Alle de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) er vurdert til høy validitet da de alle ser på anvendelsen av St. Marks skåringsverktøy som er validert for bruk i oppfølging av inkontinens.

5.2.5 Seleksjon og søkeprosess

I seleksjonskriteriene til denne systematiske litteraturstudien ser vi det som en begrensning at vi ikke har inkludert jordmor i PICO-skjemaet og som søkeord i søkeprosessen. Grunnen til at vi ikke har inkludert jordmor er at oppfølging av sfinkterskade er forbeholdt leger, og at jordmødre i dag ikke administrerer St. Marks skåringsverktøy. Dette ville resultert i færre treff da vi utførte søkene i de utvalgte databasene. Vi inkluderer jordmor i teorikapittelet, og vil i diskusjonen sammenfatte resultatene fra de selekterte artiklene og jordmors rolle. Ved å ha et begrenset antall søkeord åpner vi opp for flere treff. Vi har valgt å søke i tre ulike databaser der alle er innenfor helsevitenskap. Databasen *Maternity and infant care* er relatert til jordmorfaget og kvinner som har født, *Cinahl* er en database som tar for seg medisin, sykepleie og andre helsefag, mens *Medline* dekker i tillegg hele det obstetriske feltet. Det kan være en begrensning at vi kun har brukt tre databaser, da vi kanskje kunne fått en større treffmengde ved å ha inkludert flere. Samtidig er det en styrke at databasen *Medline* sannsynligvis vil inneholde relaterte fagfellevurderte artikler. En styrke ved det systematiske litteratursøket som ble utført i databasene, er at vi fikk relevante treff. En annen begrensning med denne litteraturstudien er at vi kun inkluderer seks artikler, dette er en begrensning da vi

kanskje ikke har fått dekket alt som er av forskning innen feltet. Vi har ikke utført et nytt søk i slutten av oppgavens skriveperiode, noe som kan sees som en begrensning. Vi har altså ikke sett om det er publisert ny relevant forskning de siste 6 månedene innenfor vårt tema, som kunne vært brukt inn i oppgaven.

Vi ser det som en begrensning for denne systematiske litteraturstudien at vi har inkludert studiet til Johannessen et al. (2013) siden forskerne inkluderer kvinner før fødsel da vi har i våre inklusjonskriterier at vi inkluderer kvinner som har født. Men på en annen side ser vi det som en styrke at forskerne sammenligner kvinner fire uker før fødsel og ett år etter fødsel, og ser på grad av anal inkontinens. Denne artikkelen gav oss flere funn enn vi hadde forutsett, noe som kan være en styrke for oppgaven selv om det ikke var i inklusjonskriteriene.

Ved å inkludere flere forskningsartikler kunne vi fått mer nyansert informasjon. Flere av de ekskluderte artiklene i denne systematiske litteraturstudien, som presenteres i vedlegg 1 inkluderer begge kjønn (Byrne et al., 2005; Norderval et al., 2019) og flere studier hadde en høy gjennomsnittsalder (Dehli et al., 2011; Maeda, Vaizey & Norton). Vi ekskluderte også artikler som inneholdt andre faktorer enn fødsel som forårsaket anal inkontinens (Lehto et al., 2014). Dette ser vi på som en begrensning, da de ikke er spesifikke i den gruppen kvinner som trenger behandlingstilbudet og er derfor hovedårsaken til at de er ekskludert fra denne systematiske litteraturstudien. Vi kritiserer oss selv for at vi kanskje skulle gått grundigere inn i seleksjonsprosessen, noe som kunne resultert i at vi hadde inkludert flere studier inn i denne systematiske litteraturstudien. Samtidig ser vi at oppgavens omfang med tanke på tid og vår forkunnskap har satt sine naturlige begrensninger. En styrke er at vi har satt oss godt inn de selekterte artiklene og at vi har utarbeidet en god oversikt over de ekskluderte artiklene.

5.2.6 Statistikk og dataanalyse

En begrensning med denne systematiske litteraturstudien er at vi har inkludert forskningsartikler med ulikt studiedesign. Vi har derfor måtte gjøre en forenklet analyse for å sammenfatte resultatene. Det er gjort en deskriptiv analyse, noe som er mulig med forskjellig data. Datamaterialene til de ulike studiene stammer fra registerdata og spørreundersøkelser, samt eksperimentstudie som ved randomisert kontrollert studie. Spørreundersøkelser har den fordel at den kan nå ut til mange samtidig gir den gode muligheter for å generalisere. Begrensninger med spørreskjema kan være at de som skal svare ikke finner et svaralternativ

som passer. Det kan tilkomme frafall ved at noen unngår å svare på spørreundersøkelsen (Fekjær, 2016). Registerdata blir brukt i to av studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015), de har hentet data fra Medisinsk fødselsregister i Norge og Danmark samt pasientregistre. Registret i Norge er underlagt strenge regler, og er godt regulert slik at risikoen for misbruk reduseres. De som har tilgang på slike registre, har et etisk ansvar for å ivareta sikkerheten. Fordelen med data fra registre er at man kan følge folk over tid, uten at frafallet blir stort. Begrensningene med å bruke registerdata er at det ofte gir mindre informasjon om symptomer og plager enn det man kunne ønske (Fekjær, 2016). Den ene studien vi har inkludert er en randomisert kontrollert studie, og derfor kommer dataene ut fra et eksperiment. Fordelen er at studien kan avdekke årsakssammenhenger fordi gruppene i utgangspunktet er like (Fekjær, 2016).

5.2.7 Etske vurderinger

Behandlingstilbudet for en sårbar gruppe som inkluderer for eksempel gravide og nyfødte sier Helsinkideklarasjonen at det er åpnet opp for forskning for å kunne bedre behandlingstilbudet. For å bedre tilbudet til denne gruppen er det viktig med forskning, dette skal skjer under gode etiske rammer (The World Medical Association, 2018). Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2018). Studiene vi har inkludert i oppgaven har etisk godkjenning. Vi ser det som en styrke at det er forsket på kvinner med sfinkterskade.

5.3 Resultatdiskusjon

Vi ønsker å innlede kapittelet ved å se på styrker og begrensninger ved populasjonskjennetegn i de selekterte artiklene. Videre vil hovedresultatene diskuteres relatert til teori, tidligere forskning og i tillegg relateres til jordmors fagområde.

5.3.1 Populasjonskjennetegn

I dette avsnittet vil dere diskutere styrker og begrensninger relatert til hvilken informasjon dere har om kvinnene og i hvilken grad det er ulikt hva som kommer frem om populasjonen i de ulike studiene.

Forskningsartikkelen til Berg og Sahlin (2020) redegjør på en oversiktlig måte hvem populasjonen er, og populasjonen er representativ for befolkningsgruppen. Nemlig at

bakgrunnen for dette er at de har innhentet data om alle kvinner som har hatt en vaginal fødsel og fått diagnosekoden sfinkterskade. Dataene er hentet ut fra medisinsk fødselsregister, noe som er en styrke da de favner alle kvinner som har fått sfinkterskade i studieperioden og derfor ingen frafall. En begrensning kan være at kvinnene ikke kan gjøre rede for plager og symptomer som resulterer i mindre informasjon om kvinnenes plager i form av anal inkontinens. Den samme begrensningen gjelder studien til Bøgeskov et al. (2015) som også har hentet ut aidentifisert datamateriale fra det danske fødselsregisteret. Det resulterer i at vi har begrenset med populasjonskjennetegn fra disse to studiene, men vi vet at de omhandler kvinner som har født og vi vet gjennomsnittsalder på kvinnene. I studien til Laine et al. (2011) er populasjonen definert etter om kvinnene er fra vestlige eller ikke-vestlig land. Vi vet også at det er flest førstegangsfødende, men vi vet ikke antallet. Dette kan være en begrensning ved studien med tanke på populasjon. Studien til Johannessen et al. (2018) har den styrken at den er det studiet som har opplyst om flest populasjonskjennetegn. Her kan vi se at det er 88,4% norske kvinner, 7,5% europeiske og 4,1% asiatiske kvinner som deltar i studien. Denne studien har også opplysninger om utdanning og sivilstatus der majoriteten er de som har høyere utdanning med 72,1%, og de som er gift/samboer representerer 94,6% av studiepopulasjonen. Studiepopulasjonen og hvordan kvinnene ble rekruttert kommer frem i en annen studie fra de samme forfatterne (Johannessen et al., 2017). I den andre studien til Johannessen et al. (2013) får vi ingen informasjon om etnisitet, men informasjon om utdanning og sivilstatus. En begrensning ved studien er at de ekskluderer kvinner som ikke kan snakke norsk. Det kan føre til at vi mister viktig informasjon om disse kvinnene, noe som kan tyde på underrapportering. Denne studien har også majoriteten av kvinnene høyere utdanning (60%) og har sivilstatus som gift/samboer (94,1%). I studien til Roos et al. (2008) har vi få populasjonskjennetegn, vi vet gjennomsnittsalder og at det er kvinner som er operert for sfinkterskade etter fødsel.

Informasjonen om utdanning og etnisitet er ikke like eksplisitt i de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008). Disse resultatene kan være en begrensning da funnene er mer generaliserbare for kvinner med høyere utdanning og kvinner som behersker språket i landet de bor i. Begrunnelsen for dette er at det er disse kvinnene det blir forsket på. I studien til (Johannessen et al., 2013) ser de en sammenheng mellom utdanning og rapportering av anal inkontinens. Kvinner med høyere utdanning rapporterer om mindre symptomer på anal

inkontinens enn kvinner med lavere utdanning eller arbeidsledighet. Dersom høyt utdannede og resurssterke kvinner opplever plager relatert til sfinkterskade og har nytte av St. Marks skåringsverktøy. Kan vi med dette understreke viktigheten at det aktivt også blir benyttet blant en sårbar gruppe. Kvinner som blir ekskludert med tanke på språk kan sammenlignes med en sårbar gruppe (The World Medical Association, 2018), noe som viser til at det trengs mer forskning også på denne gruppen. Kvinner med innvandrerbakgrunn blir ofte ekskludert fra studier der forskeren ønsker selvrappoterer fra deltakerne. Årsaken til dette er at det er tidkrevende og kostbart å inkludere flere språk med tanke på oversetting og kvalitetssikring (Bakken & Aasheim, 2017). Sett i lyset av denne systematiske litteraturstudiens problemstilling, vil en mulig begrensning være at det kan tilkomme uheldige konsekvenser av underrapporterer for kvinner i en sårbar gruppe som for eksempel innvandrerkvinner med språkbegrensninger.

Fem av de seks inkluderte av studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Roos et al., 2008) informerer om gjennomsnittsalder på populasjonen, mens studien til Laine et al. (2011) opplyser om at de inkluderte kvinnene er i alderen 18- 45 år. Likhetstrekk ved de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) er at alle de inkluderte kvinnene har født vaginalt. I studien til Bøgeskov et al. (2015) ser vi det som en styrke at de har et stort antall kvinner fra to store fødeavdelinger i København, men de kritiserer seg selv med at antall kvinner som fikk tilbakevendende sfinkterskade var få, og derfor vanskelig å oppnå ønsket nivå av statistisk styrke.

5.3.2 Jordmors funksjon og bruk av St marks skåringsverktøy for kvinner etter fødsel

I tidsskriftet *The Lancet* sin serie *Midwifery* (Renfrew et al., 2014) legges det fram en modell som viser hvordan en kan tilnærme seg gravide kvinner som er i en risiko og kvinner uten risiko. Det anbefales kvalifisert hjelp med flerfaglig samarbeid hvor både primær- og spesialisthelsetjenesten inkluderes. LEON- prinsippet (St. meld. nr. 9, 1974-1975) sier at der det er mulig skal det tilrettelegges for oppfølging og behandling i nærheten av pasientens bosted. I St. meld. nr. 12 (2008- 2009) kommer det fram at det bør tilrettelegges for at primærhelsetjenesten bør samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Det er anbefalt at kvinnen får time til etterkontroll hos jordmor eller fastlege fire til seks uker etter fødsel, eller når

kvinnen selv ønsker det. Temaer som blant annet bør tas opp på denne kontrollen er smerter i bekkenbunnen, kontroll av fødselsrifter og se på tilheling (Helsedirektoratet, 2008-2009). I de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) i denne systematiske litteraturstudien blir alle konsultasjonene gjennomført på en poliklinikk. Med dette som bakgrunn reflekterer vi over at oppfølging etter sfinkterskade kanskje i større grad enn det gjøres i dag kan finne sted på helsestasjon hos jordmor, i stedet for å reise langt til nærmeste sykehus. Dette gjelder spesielt i distrikts Norge hvor avstandene fra eget bosted til spesialisthelsetjenesten kan være lange og tidkrevende. Handlingsplanen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) legger fram et forslag om at en kan bruke jordmor eller spesialutdannede sykepleiere i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. Jordmor eller spesialsykepleieren kan kontakte kvinnene per telefon eller under oppfølgingssamtale og fylle ut et skåringsverktøy som for eksempel St. Marks. I artikkelen til Liebergall-Wischnitzer et al. (2017) anbefales det at kvinner som skal til oppfølging etter sfinkterskade bør få møte både lege, jordmor og fysioterapeut. Jordmors rolle skal være å ha en samtale med kvinnen, om fødselsopplevelsen og hvordan dagens status er, i tillegg til å gi kvinnen veiledning og informasjon. Helsepersonelloven (2019) har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder for helsepersonell som yter helsehjelp. Loven sier at helsepersonell skal utføre arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen. Når vi ser dette i sammenheng ser vi at det er et behov for at det kan legges til rette for at jordmor kan tar en større del i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade.

Bøgeskov et al. (2015) kommer fram til i sin studie at uavhengig av forløsningsmetode er det en betydelig risiko for vedvarende anal inkontinens etter påfølgende fødsel hos kvinner med en tidligere sfinkterskade. Av den totale studiepopulasjonen er det 30 av 126 (23,8%) som rapporterer om en form for anal inkontinens ved hjelp av selvadministrert St. Marks skåringsverktøy, uavhengig av forløsningsmetode. Dette betyr at en kvinne som føder sitt andre barn med keisersnitt etter å ha fått sfinkterskade ved første fødsel fortsatt er i risiko for symptomer på anal inkontinens. Laine et al. (2011) kommer i sin studie fram til at sfinkterskade grad 4 er den eneste signifikante faktoren for anal inkontinens. Ifølge medisinsk fødselsregister var det i 2019 1,6% av kvinnene som fikk sfinkterskade under fødsel. I 2005 var forekomsten 3,8% (Folkehelseinstituttet, 2020b). I handlingsplanen (Sosial- og

helsedirektoratet, 2006) var det et mål at andelen kvinner med sfinkterskade skulle reduseres til under 2% innen to år. Målet ble nådd i 2013, da var forekomsten på 1,9% (Folkehelseinstituttet, 2020b). Et godt samarbeid mellom jordmor og fødekvinnen i kombinasjon med god fødestilling, god trykkteknikk og et godt støttende grep på perineum er med på å redusere fødselsskader (Brunstad & Blix, 2017). Skade på sfinkter er den hyppigste årsaken som fører til at kvinner får anal inkontinens (Gaudernack & Reinar, 2017). En årsak til denne skaden kan eksempelvis være instrumentelle forløsninger ved hjelp av tang eller vakuum (Salvesen, 2017).

De inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) anbefaler bruk av St. Marks skåringsverktøy i oppfølgingen av kvinner med sfinkterskade. Handlingsplanen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) anbefaler at oppfølging med et skåringsverktøy som St. Marks er fordelaktig for utredning og videre behandling. Videre kan vi se i årsrapporten til norsk register for anal inkontinens (Bildén et al., 2018) at det bør legges til rette for et felles rapporteringssystem for alle som arbeider med pasienter med symptomer på anal inkontinens. Veileder i fødselshjelp (Laine et al., 2020) støtter også et felles rapporteringssystem for å kunne sikre kvalitetskontroll internt og på tvers av fødeinstitusjoner. På bakgrunn av anbefalinger (Bildén et al., 2018; Laine et al., 2020) om St. Marks skåringsverktøy, ser vi det som en styrke at jordmor i samråd med lege kan benytte seg av dette skåringsverktøyet. Dette kan like gjerne skje på poliklinikk som på en oppfølgingstime hos jordmor etter fødsel. I St. meld. nr. 12 (2008- 2009) legges det frem tilrettelegging av lokale jordmortjenester, som for eksempel etterkontroll av kvinner etter fødsel (Helsedirektoratet, 2008-2009). Ved å tilrettelegge for lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) i nærheten av pasientens bolig kan jordmor tilby oppfølging etter fødsel på for eksempel helsestasjonen (St. meld. nr. 9, 1974-1975).

St. Marks skåringsverktøy er opprinnelig validert for intervju. Tre av de seks inkluderte studiene (Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013) i denne systematiske litteraturstudien tar for seg bruken av selvadministrert St. Marks skåringsverktøy. I studiet til Johannessen et al. (2018) sammenligner de bruken av selvadministrert og intervjubasert St. Marks skåringsverktøy og konkluderer med at selvadministrert kan fungere like godt i praksis som ved intervju. I dag er det leger som

benytter seg av dette skåringsverktøyet. I studien til Liebergall-Wischnitzer et al. (2017) diskuteres det at pasienter med sfinkterskade like gjerne kan følges opp av jordmor i etterkant av fødselsskaden, samt at jordmor kan være delaktig i planleggingen av førløsningsmetode ved neste fødsel. Kvinnene får også anledning til å snakke ut om tidligere fødselsopplevelser. Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (2020b) gir tilgang til å fylle ut St. Marks skåringsverktøy på sin hjemmeside, slik at pasienten kan ta det med til lege eller jordmor. Dette er et godt tiltak for at det skal være mulig å si noe om egne plager og kunne tenke og reflektere over egen situasjon før konsultasjonen. Dette støttes av artiklene til Johannessen et al. (2018) og Norderval et al. (2019) hvor det anbefales bruk av selvadministrert St. Marks skåringsverktøy, selv om St. Marks skåringsverktøy opprinnelig er validert for intervju (Vaizey et al., 1999). I studien til Johannessen et al. (2018) rapporterer kvinnene nesten helt likt på disse to rapporteringsmåtene med et gjennomsnitt St. Marks skår på 4,3 poeng på selvadministrert, mens på det intervjubasert var en gjennomsnittspoengskår på 4,0. Det ser også ut til at kvinnene rapporterer om mer ubehag når de rapporterer selvadministrert enn under intervju. Forfatterne av studien til Johannessen et al. (2013) presiserer at St. Marks skåringsverktøy er egnet for perioden etter fødsel, også til kvinner som ikke er utsatt for sfinkterskade. Roos et al. (2008) konkluderer med at St. Marks skåringsverktøy i tillegg kan brukes på kvinner med lav forekomst av symptomer. Skåringsverktøyet St. Marks gir et bilde av alvorlighetsgraden etter sfinkterskade og kan brukes for å følge symptomutviklingen over tid og videre behandling Berg og Sahlin (2020). Fødeinstitusjonene i Norge har gode rutiner for å gi informasjon til kvinner med sfinkterskade, men ikke alle gir skriftlig informasjon slik det er anbefalt i nasjonal veileder for fødselshjelp (Laine et al., 2020). Bruk av et validert skåringsverktøy ved oppfølging vil kunne føre til at flere kvinner blir henvist til videre utredning og behandling. St. Marks skåringsverktøy er basert på symptomer pasientene har hatt siste fire uker før konsultasjonen, og viser seg å stemme godt med hvordan kvinnene selv opplever alvorlighetsgraden av plagene sine (Johannessen et al., 2018).

I veileder i fødselshjelp kommer det fram at St. Marks skåringsverktøy er et nyttig verktøy i bruk til intern kvalitetsforbedring og sammenligning på landsbasis (Laine et al., 2020). Norsk register for anal inkontinens har som formål å overvåke og forbedre kvaliteten på behandlingen og oppfølgingen til pasienter som har anal inkontinens, i Norge. De ønsker å øke kunnskap og forskning om anal inkontinens og behandling av tilstanden samt spre

kunnskap til befolkningen og fagmiljøet (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017). En begrensning kan være er at registeret tar for seg alle typer anal inkontinens uavhengig av kjønn eller diagnose. En styrke er at kvinnene utgjør 93% av kjønnsfordelingen hvorav 64,6% er forårsaket av fødselsskader (Bildén et al., 2018).

Studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) opererer med ulike tidspunkt for oppfølging etter sfinkterskade. I studien til Roos et al. (2008) ser vi det som en begrensning at kvinnene svarer på St. Marks skåringsverktøy ti uker etter fødsel. Det er på et tidligere tidspunkt enn de andre studiene vi har inkludert. Den ene studien til Johannessen et al. (2013) undersøker symptomer på anal inkontinens fire uker før fødsel og ett år etterpå, mens de resterende studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) fokuserer på anal inkontinens etter fødsel. Veileder i fødselshjelp anbefaler at kvinner med sfinkterskade bør få time på poliklinikken 6 -12 måneder etter fødsel (Laine et al., 2020). I handlingsplanen er anbefalt oppfølgingstidspunkt 12- 18 måneder etter fødsel for kvinner med sfinkterskade (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I studien til Berg og Sahlin (2020) kommer det fram at det bør gå fem måneder og noen ganger opp til ett år før man kan si noe om hvor vidt kvinnen er anal inkontinent eller ikke. Samtidig fortolker de at for få kvinner med sfinkterskade får behandling for anal inkontinens. De mener at oppfølgingen av disse kvinnene bør forbedres ved å bruke St. Marks skåringsverktøy rutinemessig seks måneder etter fødsel ved alle norske fødeinstitusjoner. Studien ble publisert i 2020 men det er en begrensning at tallene er hentet ut i tidsperioden 2012- 2013. Det kunne derfor vært behov for en ny og oppdatert oversikt i fremtiden som viser hvilke sykehus som benytter seg av St. Marks skåringsverktøy, i Norge. Kun to fødeinstitusjoner i Norge rapporterte at de bruker St. Marks skåringsverktøy. Vi stiller oss undrende til om det kan være en sammenheng med lav forekomst av kartlegging med St. Marks skåringsverktøy og andelen kvinner som blir operert etter sfinkterskade i forbindelse med fødsel. I handlingsplanen fra Sosial- og helsedirektoratet (2006) står det en helt konkret plan for å forbedre oppfølging til kvinner med sfinkterskade. Handlingsplanen anbefaler at et skåringsverktøy som St. Marks brukes for utredning og videre behandling.

5.4 Implikasjon for praksis og videre forskning

Vi vil her presentere forskningsmessige argumenter for å bedre oppfølging av kvinner med sfinkterskade og jordmors rolle i oppfølgingen. Kvinnehelse er et viktig begrep som kom på bakgrunn av at det meste av forskning og medisinsk kunnskap var basert på menn (Sundby, 2017). Vi kan derfor argumentere for at det trengs videre forskning på et skåringsverktøy som kan implementeres i oppfølgingen av kvinner med anal inkontinens etter fødsel. I Pasient- og brukerrettighetsloven (2020) kommer det fram at alle har rett på informasjon som er tilpasset den enkelte. Kvinnen er ekspert på eget liv og erfaringer på egen kropp, mens jordmor er ekspert på svangerskap og fødsel (Fontein-Kuipers et al., 2018). Kvinnesentrert omsorg sees synonymt med jordmorsomsorg, noe som innebærer at jordmor er fokusert på kvinnens individuelle behov (Brady et al., 2019). Ved å gi kvinner med anal inkontinens mulighet til å fylle ut St. Marks skåringsverktøy hjemmefra eller før oppmøte til konsultasjon (Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, 2020b) bidrar det til økt brukerkunnskap. Brukerkunnskap er kunnskap som kvinnen sitter på selv, noe som betyr at kvinnen er en viktig del av beslutninger som skal tas (Reinar & Blix, 2017). Alle de inkluderte studiene (Berg & Sahlin, 2020; Bøgeskov et al., 2015; Johannessen et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Laine et al., 2011; Roos et al., 2008) anbefaler bruken av skåringsverktøyet St. Marks, men vi ser det som en begrensning at konsultasjonene i disse studiene foregår hos leger. Vi stiller oss derfor spørrende til om det i enkelte tilfeller kunne foregått hos jordmor. På en annen side er det en styrke at det er leger som undersøker disse kvinnene med tanke på videre behandling og en eventuell operasjon, noe som kan være et motargument for at jordmor ikke implementeres i denne praksisen.

Empowerment skal gi kvinnen mulighet til å ta de rette avgjørelsene for seg selv, i samråd og veiledning med jordmor eller annet helsepersonell (Sørensen, 2002). Ved å starte en bevissthetsprosess, gjør det mulig for kvinnen å reflektere over den endrede situasjonen, få henne involvert og til å ta informerte valg. Kriterier for jordmorkontekst innenfor empowerment er å utvikle et tillitsfullt forhold (Hermansson & Mårtensson, 2011). Jordmors rolle er å bidra til empowermentprosesser for kvinner, også i oppfølging av kvinner etter sfinkterskade. Det er behov for systematisk arbeid som dokumenteres slik at dette blir mulig å forskes på. Kvantitative studier for eksempel ved at dette feltet inkluderes i større kohortstudier relatert til fødsel og oppfølging etterpå. Muligens også kvalitative studier som

kan supplere med dybdekunnskap om hvordan kvinner som har erfart sfinkterskade opplever oppfølging fra helsepersonell og her spesifikt jordmor.

Kunne St. Marks skåringsverktøyet også vært implementert i primærhelsetjenesten slik at jordmor er involvert med tanke på oppfølging av kvinner med anal inkontinens. Jordmor kan da i samtale med kvinnen og i kombinasjon med kvinnen fyller ut St. Marks skåringsverktøy bidra til at kvinner som sliter med symptomer på anal inkontinens blir fanget opp i større grad enn de gjør i dag.

6 KONKLUSJON

Før vi konkluderer må vi vise til begrensinger i denne systematiske litteraturstudien, vi har brukt få databaser og inkludert et lavt antall artikler som har noen begrensninger relatert til sammenligning. Vi ser det også som en begrensning at vi ikke har brukt søkeordet *jordmor* i de systematiske litteratursøkene, da dette ville gitt en lav treffmengde. Med disse forbeholdene mener likevel at vi kan konkludere med følgende: Ut fra oppgavens tema og de systematiserte resultatenes funn, mener vi å kunne hevde at våre resultater har klare indikasjoner for at St. Marks skåringsverktøy kan være til hjelp i oppfølgingen av kvinner med anal inkontinens. Dette både i form av selvadministrert og som intervju, der jordmor kan ha en større rolle fremtiden enn i dagens praksis. Det fins lite forskning på jordmors rolle i oppfølgingen av kvinner som har fått påført sfinkterskade under fødsel. Derfor ser vi et behov for mer forskning innen temaet, relatert til jordmors rolle i oppfølgingen av kvinner med anal inkontinens. Det er fortsatt viktig å forske mer på forebyggende arbeid i form av blant annet god støtteteknikk og kommunikasjon som er viktig i arbeidet med å forhindre sfinkterskade og redusere forekomsten av anal inkontinens. Samtidig er det essensielt at det forskes mer på hvordan kvinner som har fått sfinkterskade i fødsel kan tas på alvor på en mest mulig systematisk måte i oppfølgingen, og hvordan jordmor kan bidra blant annet ved bruk av St. Marks skåringsverktøy i denne oppfølgingen. Kvantitativ forskning er mer sammenlignbart ved bruk av St. Marks skåringsverktøy, men ved å supplere med kvalitativ forskning så kan man få en beskrivelse av hvordan kvinnene opplever oppfølging ved bruk av St. Marks skåringsverktøy fra jordmor eller annet helsepersonell.

7 LITTERATURLISTE

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Backe, B. (2017). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 225-246). Cappelen Damm akademisk.
- Bakken, K. S. & Aasheim, V. (2017). Reproduktiv helse blant innvandrerkvinner. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 101-114). Cappelen Damm.
- Berg, M. R. & Sahlin, Y. (2020). Follow-up of postpartum anal sphincter injuries. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0361>
- Bilden, T.-P., Berglund, M. L., Norderval, S. & Thon, K. (2018). *Norsk register for analinkontinens: Årsrapport for 2017 med plan for forbedringstiltak*. kvalitetsregisterert.no. https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/32_arsrapport_2017_nra.pdf
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K. & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International journal of nursing studies*, 94, 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Brunstad, A. (2017). Rifter episiotomi og suturering. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 524). Cappelen Damm akademisk.
- Brunstad, A. & Blix, E. (2017). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 459-476). Cappelen Damm akademisk.
- Byrne, C. M., Solomon, M. J., Rex, J., Young, J. M., Heggie, D. & Merlino, C. (2005). Telephone vs. face-to-face biofeedback for fecal incontinence: Comparison of two techniques in 239 patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(12), 2281-2288. <https://doi.org/10.1007/s10350-005-0198-2>
- Bøgeskov, R. A., Nickelsen, C. N. A. & Secher, N. J. (2015). Anal incontinence in women with recurrent obstetric anal sphincter rupture: A case control study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(3), 288-292. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.916264>
- Dehli, T., Martinussen, M., Mevik, K., Stordahl, A., Sahlin, Y., Lindsetmo, R. O. & Vonen, B. (2011). Translation and validation of the Norwegian version of the fecal incontinence quality-of-life scale. *Scandinavian Journal of Surgery: SJS*, 100(3), 190-195. <https://doi.org/10.1177/145749691110000310>
- Delgado-Rodríguez, M. & Llorca, J. (2004). Bias. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), 635-641. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.008466>
- Fahy, K. (2012). What is woman-centred care and why does it matter? *Women and Birth*, 25(4), 149-151. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.10.005>
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2020a). *Medisinsk fødselsregister*. Hentet 02.10.20 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Folkehelseinstituttet. (2020b). *Medisinsk fødselsregister- statistikkbank*.
<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/?fbclid=IwAR150wonwCAauQ69GuGnVWY6GZU-2dM-GBxwneQtj-F1SeNJDmdg0KgvDj0>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R. & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May).
<https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & kultur.
- Friis, S., Melle, I. & Andreassen, O. A. (2007). Psykiatriske forskningsmetoder. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 373-400). Gyldendal akademisk, 2007.
- Gaudernack, L. C. & Reinart, L. M. (2017). Plager og komplikasjoner. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjoner og arbeidsområder* (s. 609-632). Akribe, cop. 2010.
- Gough, D. A., Oliver, S. & Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews* (2. utg.). SAGE.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2008-2009). *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, .
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/barselkvinnens-helse/kontroll-etter-f%C3%B8dselen>
- Helseforskningsloven. (2018). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Etik%20forsvarlig%20medisinsk%20og%20helsefaglig>
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell* (LOV- 2019-04-10-11). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, T. & Molne, K. (2015). Avikende fødsler, komplikasjoner og intervensjoner. I K. Molne, B.-I. Nesheim & J. M. Maltau (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (3. utg., s. 221-222). Gyldendal akademisk.
- Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savović, J., Schulz, K. F., Weeks, L. & Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343(oct18 2), 5928-5928.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Hjartåker, A. & Lund, E. (2007). Kohortstudier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 185-209). Gyldendal akademisk.
- Høyer, K. (2011). Hva er teori, og hvordan forholdet teori sig til metode. I L. Koch & S. Vallgård (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap* (4. utg.). Munksgaard.
- Johannessen, H. H., Norderval, S., Stordahl, A., Falk, R. S. & Wibe, A. (2018). Interview-based versus self-reported anal incontinence using St Mark's incontinence score. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 667-671. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3363-y>
- Johannessen, H. H., Wibe, A., Stordahl, A., L, S., B, B. & S, M. (2013). Prevalence and predictors of anal incontinence during pregnancy and 1 year after delivery: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(3), 269-280. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12438>

- Johannessen, H. H., Wibe, A., Stordahl, A., Sandvik, L. & Mørkved, S. (2017). Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. *BJOG*, 124(4), 686-694. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14145>
- Klepp, K.-I. (2007). Intervensjon i grupper. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 302-322). Gyldendal akademisk.
- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sanda, B., Horn, H., Spydslaug, A. & Staff, A. C. (2011). Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture [Original research]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(4), 319-324.
- Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K. (2020). Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel. I A. F. Jacobsen, J. Kessler, K. Oppegaard & K. Sjøborg (Red.), *Veileder i fødselshjelp* (Bd. 2020). Den norske legeförening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodselskjelp/>
- Lehto, K., Ylonen, K., Hyoty, M., Collin, P., Huhtala, H. & Aitola, P. (2014). Anal incontinence: Long-term alterations in the incidence and healthcare usage [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(7), 790-793. <https://doi.org/10.3109/00365521.2014.915053>
- Liebergall-Wischnitzer, M., Braverman, N., Shveiky, D. & Noble, A. (2017). Obstetric anal sphincter injuries and the role of the midwife. *The practising midwife*, 20(4), 28-30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30549959>
- Maeda, Y., Vaizey, C. J. & Norton, C. (2007). St. Mark's incontinence score. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(12), 2252. <https://doi.org/10.1007/s10350-007-9076-4>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Reprint-Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873-880. <https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>
- Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom. (2020a). *Fødsel*. Hentet 10.08.2020 fra <http://nkib.helsekompetanse.no/tilstander/avforingslekkasje/arsaker/fodselskjelp#seksjonsrift-ruptur-under-f-dse>
- Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom. (2020b). *Test deg selv*. Hentet 10.08.2020 fra <http://nkib.helsekompetanse.no/tilstander/avforingslekkasje/symptomer/test-deg-selv>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2017). *Norsk register for analinkontinens*. Hentet 22.09.20 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-register-analinkontinens>
- Nevler, A. (2014). The epidemiology of anal incontinence and symptom severity scoring. *Gastroenterology report*, 2(2), 79. <https://doi.org/10.1093/gastro/gou005>
- Norderval, S., Dehli, T. & Vonen, B. (2009). Three-dimensional endoanal ultrasonography: Intraobserver and interobserver agreement using scoring systems for classification of anal sphincter defects. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 337-343. <https://doi.org/10.1002/uog.6295>
- Norderval, S., Rydningen, M. B., Falk, R. S., Stordahl, A. & Johannessen, H. H. (2019). Strong agreement between interview-obtained and self-administered Wexner and St. Mark's scores using a single questionnaire. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2101-2108. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03945-6>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2019-12-20-104). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Perriman, N., Davis, D. L. & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220-229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 66-78). Cappelen Damm akademisk.
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien forskning*, (3), 238-246. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Roos, A.-M., Sultan, A. H. & Thakar, R. (2008). St. Mark's incontinence score for assessment of anal incontinence following obstetric anal sphincter injuries (OASIS) [Evaluation Study]. *International Urogynecology Journal*, 20(4), 407-410. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0784-7>
- Salvesen, K. Å. (2017). Operative forløsninger. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 489-497.). Cappelen Damm akademisk.
- Skovlund, E. (2017). Når bør man velge en ikke-parametrisk metode? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0219>
- Skovlund, E. & Bretthauer, M. (2007). Kliniske studier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 285-301). Gyldendal.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge*. Sosial- og helsedirektoratet., http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Artikler_og_rapporter/Nasjonal_handlingsplan_8094a1.pdf?fbclid=IwAR3COicvwlpA_FHy9gDgnUrbpTfiJgM4j6d6D4McrPRNZyOeoyHa-oXDKwc
- St. meld. nr. 9. (1974-1975). *Sykehusutbygging m.v i et regionalt helsevesen*. Sosialdepartementet. https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlingar/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059&s=True
- St. meld. nr. 12. (2008- 2009). *En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b2d7bb7db5bd4733bf7accb7f7822fb3/no/pdfs/stm201820190012000dddpdfs.pdf>
- Sundby, J. (2017). Kvinnehelse. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. [93]-99.).
- Svensson, E., Laake, P. & Hjartåker, A. (2007). Hva skal måles og hvordan? I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 45-65). Gyldendal akademisk, 2007.
- Sørensen, M. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(24), 2379-? <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- The World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

- Thelle, D. & Veierød, M. B. (2007). Kasus- Kontrollstudier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 210-234). Gyldendal.
- Vaizey, C. J., Carapeti, E., Cahill, J. A. & Kamm, M. A. (1999). Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut*, 44(1), 77-80.
<https://doi.org/10.1136/gut.44.1.77>
- Veierød, M. B. & Hjartåker, A. (2007). Tillatelser og andre formelle godkjenninger. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 169-182). Gyldendal akademisk, 2007.
- Veierød, M. B. & Thelle, D. (2007). Tverrsnittstudier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 235-258). Gyldendal akademisk.
- Weinstein, M. M. & Hesham, H. (2020). *Obstetric anal sphincter injury (OASIS)*.
https://www.uptodate.com/contents/obstetric-anal-sphincter-injury-oasis?search=sphincter%20injury&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

8 VEDLEGG

Vedlegg 1 Ekskluderte artikler

| Forfattere, år og land | Metode, tittel og tidsskrift | Hovedmål | Hovedfunn | Begrunnelse hvorfor ekskludert |
|--|--|---|---|--|
| Barbosa, Glavind-Kristensen og Christensen (2020) Land: Danmark | Retrospektiv kohortstudie Early secondary repair of obstetric anal sphincter injury: postoperative complications, long-term functional outcomes, and impact on quality of life <i>Techniques in Coloproctology</i> | Målet med studien var å vurdere postoperative komplikasjoner og langtidsresultatet etter tidlig sekundær operasjon av sfinkter. Videre ønsket de å vurdere utbredelsen av urininkontinens og seksuell dysfunksjon. | Studien viser at i tilfelle av sårruptur eller sårinfeksjon etter primæroperasjon kan en tidlig reoperasjon utføres innen 21 dager etter fødsel. Imidlertid er det en risiko for postoperative komplikasjoner, hovedsakelig fistler, som bør tas i betraktning når vi diskuterer alternativer med pasienten og velge det ideelle tidspunktet for operasjon. | Modifisert spørreskjema med både St. Marks og Wexner |
| Barbosa, Glavind-Kristensen, Møller Soerensen og Christensen (2020) Land: Danmark | Tversnittstudie Secondary sphincter repair for anal incontinence following obstetric sphincter injury: Functional outcome and quality of life at 18 years of follow-up <i>Colorectal Disease</i> | Studiens har som mål å vurdere de langsiktige funksjonelle utfallene etter sekundær sfinkteroperasjon hos kvinner med anal inkontinens etter fødselsskade. | Studien viser at det bare en noen få kvinner er kontinent i nesten to tiår etter sekundær operasjon. | Bruker ikke St. Marks skåringsverktøy |
| Byrne et al. (2005) Land: Australia | Tversnittstudie Telephone vs. face-to-face biofeedback for fecal incontinence: comparison of two techniques in 239 patients <i>Diseases of the Colon & Rectum</i> | Sammenligner effektiviteten til en ny protokoll for telefonassistent biofeedback-behandling for pasienter som bor i landlige og fjernliggende områder med standard ansikt til ansikt-protokoll for pasienter med fekal inkontinens. | Det var ingen signifikante forskjeller i demografiske detaljer, tidligere historie eller forbehandlingstiltak for de to gruppene. | Både kvinner og menn |
| de Jong-Speksnijder, Schmidt, de Leeuw, Oom og Steensma (2019) Land: | Tversnittstudie OC27.06: Association between St Mark's continence score and anal and/or pelvic floor defects following obstetric anal sphincter injury <i>Ultrasound in Obstetrics & Gynecology</i> | Å evaluere om anal sfinkter eller bekkenbunnsdefekter etter OASIS som påvirker anal kontinens | Kvinner med restdefekt av den eksterne analsfinkteren hadde en betydelig høyere St. Marks score enn kvinner uten. | Veldig kort, mer som en notis og ikke en artikkel. Mye om ultralyd |
| Dehli et al. (2011) Land: Norge | Tversnittstudie Translation and validation of the Norwegian version of the fecal incontinence quality-of-life scale <i>Scandinavian Journal of Surgery: SJS</i> | Målet med studiet var å oversette Fecal incontinence quality-of-life scale (FIQLS) til norsk for så å teste de psykometriske egenskapene til den norske versjonen av spørreskjemaet. | Ser en sammenheng mellom skåren på FIQLS og St. Marks skåringsverktøy. | Både kvinner og menn, høy gjennomsnittsalder |

| Forfattere, år og land | Metode, tittel og tidsskrift | Hovedmål | Hovedfunn | Begrunnelse hvorfor ekskludert |
|--|---|---|---|---|
| Desseauve et al. (2016) Land: Frankrike | Retrospektiv kohortstudie Evaluation of long-term pelvic floor symptoms after an obstetric anal sphincter injury (OASI) at least one year after delivery: A retrospective cohort study of 159 cases <i>Gynecologie, Obstetrique & Fertilité</i> | Målet for denne studien var å evaluere perinealefunksjonelt resultat (inkludert blære, tarm, prolaps og seksuelle symptomer) hos pasienter som har hatt en OASI. Sekundære mål inkluderte evaluering av bekkensmerter, helserelatert livskvalitet. | Fire år etter sfinkterskade er det et flertall av kvinnene som rapporterer smerter og analonkontinens | Bruker ikke St. Marks skåringsverktøy |
| Fradet-Menard et al. (2018) Land: Frankrike | Retrospektiv kohortstudie Obstetrical anal sphincter injuries and symptoms after subsequent deliveries: A 60 patient study <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology</i> | Vurdere hyppigheten av perineale symptomer etter vaginal fødsel etter sfinkterskade. | Etter sfinkterskade har 40 % av pasientene symptomer på fekal inkontinens og beskriver en negativ innvirkning på livskvaliteten. | Bruker ikke St. Marks skåringsverktøy |
| Jango, Langhoff-Roos, Rosthoj og Sakse (2019) Land: Danmark | Kohort studie Wexner score and quality of life in women with obstetric anal sphincter injury <i>International Urogynecology Journal</i> | Evaluerer forekomsten av anal inkontinens og livskvalitet hos kvinner med sfinkter skade, en stund etter fødsel. | 29% av kvinnene med tidligere sfinkterskade rapporterte påvirket livskvalitet på grunn av anal inkontinensen, selv etter langvaring oppfølging. | Bruker ikke St. Marks skåringsverktøy |
| Johannessen, Morkved, Stordahl og et al. (2014) Land: Norge | Tverrsnittstudie Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> | Se på forskjellige typer anal inkontinens og livskvalitet sent i svangerskapet og første året etter fødsel. | Mellom 3 og 10% av flergangsfødende kvinner opplever en form for anal inkontinens i slutten av svangerskapet som påvirker livskvaliteten. Viktig at helsepersonell er klar over at dette er et problem for flere gravide samt at det bør komme informasjon til gravide om at dette er noe som kan forkomme. | Mest om livskvalitet |
| Lehto et al. (2014) Land: Finland | Kohort studie Anal incontinence: long-term alterations in the incidence and healthcare usage <i>Scandinavian Journal of Gastroenterology</i> | Hvordan mennesker med inkontinens søker og mottar helsehjelp, over en 10 års periode. | Inkontinens er en kronisk tilstand som ikke alltid lar seg behandle. Det nåværende behandlingstilbudet som finnes for mennesker med inkontinens er ikke tilstrekkelig, det trengs bedre tilbud. | Både kvinner og menn. Bruker ikke St. Marks skåringsverktøy |
| (Linneberg, Leenskjold & Glavind, 2016) Land: Danmark | Kohort studie A five year follow-up of women with obstetric anal sphincter rupture at their first delivery | Målet med studien er å vurdere risikofaktorer for de forskjellige gradene av OASR og evaluere det kliniske resultatet 5 år etter fødsel ved å bruke validerte spørreskjema. | Symptomer på fekal inkontinens viste en tendens til å være mer alvorlig hos kvinner med en mer avansert sfinkterruptur. | Bruker flere skåringsverktøy. |

| | <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology</i> | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|
| Forfattere, år og land | Metode, tittel og tidsskrift | Hovedmål | Hovedfunn | Begrunnelse hvorfor ekskludert |
| Maeda, Pares, Norton, Vaizey og Kamm (2008) Land: England | Retrospektiv kohort studie Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients <i>Diseases of the Colon & Rectum</i> | Se på sammenhengen mellom St Marks og pasientens tilbakemeldinger. Om de stemmer overens. | Det viser seg å være noe sammenheng mellom hva pasientene gir av subjektive tilbakemeldinger og St Marks skåringsverktøy. | Høy gjennomsnittsalder |
| Norderval, Markskog, Rossaak og et al. (2008) Land: Norge | Kohort studie Correlation between anal sphincter defects and anal incontinence following obstetric sphincter tears: assessment using scoring systems for sonographic classification of defects <i>Ultrasound in Obstetrics and Gynecology</i> | Se om det er likhet med anal ul og grad av skade ved primær operasjon. | Kan se en klar sammenheng mellom funn på anal ul og rapportert inkontinens. Ser viktigheten med tilstrekkelig reparasjon av skade ved primæroperasjon. | Fokuserer på anal ultralyd |
| Norderval, Rossaak, Markskog og et al. (2012) Land: Norge | Kasus- kontroll studie Incontinence after primary repair of obstetric anal sphincter tears is related to relative length of reconstructed external sphincter: a case-control study <i>Ultrasound in Obstetrics and Gynecology</i> | Sammenligne om det blir bedre eller dårligere inkontinens når en gjør en primær lukking etter fødselsskade grad 3 og 4 med lukking av eksterne og interne sfinkter kontra primærlukking av kun eksterne sfinkter uten lukking av den interne. | Kan etter sammenligning av gruppene se en at studiegruppen hadde lavere forekomst av inkontinens en kontrollgruppen. | Fokuserer på anal ultralyd |
| Norderval et al. (2019) Land: Norge | Tverrsnittstudie Strong agreement between interview-obtained and self-administered Wexner and St. Mark's scores using a single questionnaire <i>International Urogynecology Journal</i> | Sammenligne intervju og spørreskjema basert på St Marks og Wexner for å se om det er forskjell på hvordan pasientene selv administrerer utfyllingen av skjemaet på egenhånd i motsetning til at skjemaet fylles ut av helsepersonell under en konsultasjon. Skjemaene har de samme kvantifiserbare spørsmålene. Hadde ikke som mål å lage et nytt skåringsverktøy, men å gjøre informasjonsflyten lettere ved å kunne lage et spørreskjema som pasientene kunne svare på før konsultasjonene. | Like resultater mellom spørreskjema og intervju. Ser ut til at det er lettere å fortelle om de ubehagelige symptomene på spørreskjema som er selvadministrert, enn under en konsultasjon med behandler. De anbefaler å sende ut spørreskjema på forhånd for å kunne sette seg inn i pasienten før konsultasjonen. | Både kvinner og menn |
| Paka, Atan og Dietz (2016) Land: Australia | Retrospektiv studie The bother of anal incontinence and St. Mark's Incontinence Score <i>Techniques in</i> | Studien hadde som mål å bestemme sammenhengen mellom total St. Marks inkontinens score og en visuell analog skala med et element for plager fra anal inkontinens og bestemme korrelasjonen mellom individuelle komponenter av St. Marks og en VAS skala. | Plagene pasientene hadde med anal inkontinens var assosiert med innvirkning på livsstil. Symptomer på anal inkontinens hadde tendens til å være mer alvorlig hos kvinner med mer avanserte sfinkterrupturer. | Ser på en visuell analog skala. |

| Forfattere, år og land | Metode, tittel og tidsskrift | Hovedmål | Hovedfunn | Begrunnelse hvorfor ekskludert |
|---|---|--|--|---|
| (Rusavy, Jansova & Kalis, 2014) Land: Tsjekia | Tversnittstudie Anal incontinence severity assessment tools used worldwide <i>International Journal of Gynecology & Obstetrics</i> | Å gjennomføre en internasjonal undersøkelse av verktøy for anal inkontinens og vurdere behovet for å evaluere hyppigheten av avføring. | Fjorten forskjellige verktøy ble rapportert og det var Wexner som hyppigst ble brukt etter kom St Marks. | Tar for seg bruken av skåringsverktøy på verdensbasis |
| Samarasekera, Bekhit, Preston og Speakman (2009) Land: England | Retrospektiv analyse Risk factors for anal sphincter disruption during child birth <i>Langenbecks Archives of Surgery</i> | Analysere risikofaktorene for å få en 3 grads rift. | Signifikante risikofaktorer som kan føre til rift grad 3; operativ forløsning, førstegangs fødende, fødselsvekt over 4 kg og forsinket/lengre pressetid en 1 time. | Bruker ikke St. Marks skåringsverktøy |
| Soerensen, Buntzen, Bek og Laurberg (2013) Land: Danmark | Kohort studie Complete obstetric anal sphincter tear and risk of long-term fecal incontinence: a cohort study <i>Diseases of the Colon & Rectum</i> | Ikke fulltekst | Ikke fulltekst | Ikke fulltekst |
| Taithongchai, Veiga, Sultan og Thakar (2020) Land: England | Retrospektiv cohort studie The consequences of undiagnosed obstetric anal sphincter injuries (OASIS) following vaginal delivery <i>International Urogynecology Journal</i> | Sammenligne kvinner som levde med anal inkontinens på grunn av uoppdaget obstetrisk anal sfinkterskade i forbindelse med fødsel og kvinner som levde med anal inkontinens selv etter at de hadde fått behandling for obstetrisk anal sfinkterskade i forbindelse med fødsel. | Kvinnene med uoppdaget anal sfinkterskade rapporterte om høyere grad av anal inkontinens enn kvinnene som hadde blitt behandlet for anal sfinkterskade. | Kvinner med uoppdaget sfinkterskade ved fødsel |
| Tucker, Clifton og Wilson (2014) Land: Australia | En fortolkende fenomenologisk forskningsstudie Teetering near the edge: Women's experience of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury; a phenomenological research study <i>Australian Midwifery News</i> | Ønsker å få en forståelse av kvinners opplevelse av å leve med anal inkontinens som følge av en obstetrisk anal sfinkterskade og hvordan dette påvirker livskvaliteten. | Kvinnene forteller om et skille i livet, før og etter sfinkterskaden. De ønsket ikke bare å eksistere, men også leve livet. Anal inkontinensen hadde endret livskvaliteten og gjort hverdagen tøffere. | Kvalitativt studiedesign |
| Turel, Langer, Shek og Dietz (2019) Land: Australia | Tversnittstudie Medium- to Long-term Follow-up of Obstetric Anal Sphincter Injury <i>Diseases of the Colon & Rectum</i> | Har som mål å bestemme middels til langsiktige utfall hos kvinner med anal sfinkterskade etter fødsel. | Kvinnene med skade på sfinkter meldte hyppigere om anal inkontinens. | Fokuserte på anal ultralyd |

Litteraturliste

- Barbosa, M., Glavind-Kristensen, M. & Christensen, P. (2020). Early secondary repair of obstetric anal sphincter injury: Postoperative complications, long-term functional outcomes, and impact on quality of life. *Techniques in Coloproctology*, 24(3), 221-229. <https://doi.org/10.1007/s10151-019-02146-z>
- Barbosa, M., Glavind-Kristensen, M., Moller Soerensen, M. & Christensen, P. (2020). Secondary sphincter repair for anal incontinence following obstetric sphincter injury: Functional outcome and quality of life at 18 years of follow-up. *Colorectal Disease*, 22(1), 71-79. <https://doi.org/10.1111/codi.14792>
- Byrne, C. M., Solomon, M. J., Rex, J., Young, J. M., Heggie, D. & Merlino, C. (2005). Telephone vs. face-to-face biofeedback for fecal incontinence: comparison of two techniques in 239 patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(12), 2281-2288. <https://doi.org/10.1007/s10350-005-0198-z>
- de Jong-Speksnijder, L., Schmidt, M., de Leeuw, J., Oom, D. & Steensma, A. (2019). OC27.06: Association between St Mark's continence score and anal and/or pelvic floor defects following obstetric anal sphincter injury. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 54, 71-72. <https://doi.org/10.1002/uog.20616>
- Dehli, T., Martinussen, M., Mevik, K., Stordahl, A., Sahlin, Y., Lindsetmo, R. O. & Vonon, B. (2011). Translation and validation of the Norwegian version of the fecal incontinence quality-of-life scale. *Scandinavian Journal of Surgery: SJS*, 100(3), 190-195. <https://doi.org/10.1177/145749691110000310>
- Desseuve, D., Proust, S., Carlier-Guerin, C., Rutten, C., Pierre, F. & Fritel, X. (2016). Evaluation of long-term pelvic floor symptoms after an obstetric anal sphincter injury (OASI) at least one year after delivery: A retrospective cohort study of 159 cases. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 44(7-8), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.evohfe.2016.05.007>
- Fradet-Menard, C., Deparis, J., Gachon, B., Sitchiu, J., Pierre, F., Fritel, X. & Desseuve, D. (2018). Obstetrical anal sphincter injuries and symptoms after subsequent deliveries: A 60 patient study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 226, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.ejorrb.2018.05.007>
- Jango, H., Langhoff-Roos, J., Rosthoj, S. & Sakse, A. (2019). Wexner score and quality of life in women with obstetric anal sphincter injury. *International Urogynecology Journal*, 02, 02. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medp&AN=31792591>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:31792591&id=doi:10.1007%2Fs00192-019-04134-1&issn=0937-3462&isbn=&volume=&issue=&pages=&date=2019&title=International+Urogynecology+Journal&title=Wexner+score+and+quality+of+life+in+women+with+obstetric+anal+sphincter+injury+&aulast=Jango>
- Johannessen, H. H., Morkved, S., Stordahl, A. & et al. (2014, July). Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(8), 978-987. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2014030715>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:24873896&id=doi:10.1111/1471-0528.12111>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:24873896&id=doi:10.1111/1471-0528.12111&issn=1471-0528&isbn=&volume=121&issue=8&spage=978&pages=978-87&date=2014&title=BJOG%3A+An+International+Journal+of+Obstetrics+and+Gynaecology&title=Anal+incontinence+and+Quality+of+Life+in+late+pregnancy%3A+a+cross-sectional+study&aulast=Johannessen>
- Lehto, K., Ylonen, K., Hyoty, M., Collin, P., Huhtala, H. & Aitola, P. (2014). Anal incontinence: long-term alterations in the incidence and healthcare usage. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(7), 790-793. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med11&AN=24873896>
- <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365521.2014.915053>
- Linneberg, S., Leenskjoeld, S. & Glavind, K. (2016). A five year follow-up of women with obstetric anal sphincter rupture at their first delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 203, 315-319. <https://doi.org/10.1016/j.ejorrb.2016.06.018>
- Maeda, Y., Pares, D., Norton, C., Vaizey, C. J. & Kamm, M. A. (2008). Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 51(4), 436-442. <https://doi.org/10.1007/s10350-007-9157-z>
- Norderval, S., Markskog, A., Roszaak, K. & et al. (2008, January). Correlation between anal sphincter defects and anal incontinence following obstetric sphincter tears: assessment using scoring systems for sonographic classification of defects. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 31(1), 78-84. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2008021220>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:18444444&id=doi:10.1111/1471-0528.12111>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:18444444&id=doi:10.1111/1471-0528.12111&issn=0960-7692&isbn=&volume=31&issue=1&spage=78&pages=78>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:18444444&id=doi:10.1111/1471-0528.12111&issn=0960-7692&isbn=&volume=31&issue=1&spage=78&pages=78&date=2008&title=Ultrasound+in+Obstetrics+and+Gynecology&title=Correlation+between+anal+sphincter+defects+and+anal+incontinence+following+obstetric+sphincter+tears%3A+assessment+using+scoring+systems+for+sonographic+classification+of+defects&aulast=Norderval>
- <https://obvyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.5155>
- Norderval, S., Roszaak, K., Markskog, A. & et al. (2012, August). Incontinence after primary repair of obstetric anal sphincter tears is related to relative length of reconstructed external sphincter: a case-control study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 40(2), 207-214. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2012091257>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:22144444&id=doi:10.1111/1471-0528.12111>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:22144444&id=doi:10.1111/1471-0528.12111&issn=0960-7692&isbn=&volume=40&issue=2&spage=207&pages=207-214&date=2012&title=Ultrasound+in+Obstetrics+and+Gynecology&title=Incontinence+after+primary+repair+of+obstetric+anal+sphincter+tears+is+related+to+relative+length+of+reconstructed+external+sphincter%3A+a+case-control+study&aulast=Norderval>
- <https://obvyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.10154>
- Norderval, S., Rydingen, M. B., Falk, R. S., Stordahl, A. & Johannessen, H. H. (2019). Strong agreement between interview-obtained and self-administered Wexner and St. Mark's scores using a single questionnaire. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2101-2108. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03945-6>

- Paka, C., Atan, I. K. & Dietz, H. P. (2016). The bother of anal incontinence and St. Mark's Incontinence Score. *Techniques in Coloproctology*, 20(2), 123-128. <https://doi.org/10.1007/s10151-015-1397-z>
- Rusavy, Z., Jansova, M. & Kalis, V. (2014). Anal incontinence severity assessment tools used worldwide. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(2), 146-150. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.025>
- Samarasekera, D. N., Bekhit, M. T., Preston, J. P. & Speakman, C. T. (2009). Risk factors for anal sphincter disruption during child birth. *Langenbecks Archives of Surgery*, 394(3), 535-538. <https://doi.org/10.1007/s00423-008-0441-0>
- Soerensen, M. M., Buntzen, S., Bek, K. M. & Laurberg, S. (2013). Complete obstetric anal sphincter tear and risk of long-term fecal incontinence: a cohort study. *Diseases of the Colon & Rectum*, 56(8), 992-1001. <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e318299c209>
- Taithongchai, A., Veiga, S. I., Sultan, A. H. & Thakar, R. (2020). The consequences of undiagnosed obstetric anal sphincter injuries (OASIS) following vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 31(3), 635-641. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04033-5>
- Tucker, J., Clifton, V. & Wilson, A. (2014, Summer 2014). Teetering near the edge: Women's experience of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury; a phenomenological research study. *Australian Midwifery News*, 14(2), 8-8. <https://doi.org/10.1111/ato.12230>
- Turel, F. D., Langer, S., Shek, K. L. & Dietz, H. P. (2019). Medium- to Long-term Follow-up of Obstetric Anal Sphincter Injury. *Diseases of the Colon & Rectum*, 62(3), 348-356. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001297>

Vedlegg 2 Sjekkliste

Sjekkliste, hentet fra Folkehelseinstituttet (2015)

Dette omhandler analyse av data og finnes i spørsmål 7–9. Her er tema kombinerende av data fra flere studier og analysen av funnene i studiene. Hvis “uklart” er brukt én eller flere ganger på spørsmål 7–9, er oversikten mangelfull eller i beste fall av moderat kvalitet. Hvis “nei” blir brukt på spørsmål 8 er det sannsynlig at oversikten er mangelfull (selv om det er ja på spørsmålene 7 og 9).

Samlet kvalitetsvurdering av oversikten

| | |
|--------------------------|---|
| Høy kvalitet | Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket. |
| Middels/moderat kvalitet | Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes. |
| Mangelfull | Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres. |

SJEKKLISTE FOR KOHORTSTUDIER

(Johannessen et al., 2013)

| Sjekkliste for kohortstudier | | Ja | Uklart | Nei |
|------------------------------|--|----|--------|-----|
| 1 | Var gruppene (de eksponerte og ikke-eksponerte i kohorten) sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 2 | Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/ populasjon? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 3 | Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den samme befolkningsgruppen/ populasjonen som de eksponerte? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 4 | Var studien prospektiv? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 5 | Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 6 | Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 7 | Er det utført en frafallsanalyse som redegjør for om de som har falt fra skiller seg fra dem som er fulgt opp? | | | x |
| Kommentar: | | | | |
| 8 | Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 9 | Er det tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer (konfoundere) i studiens design/og eller analyse? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 10 | Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert? | | x | |
| Kommentar: | | | | |

SJEKKLISTE FOR KASUS-KONTROLLSTUDIER

(Bogeskov, Nickelsen & Secher, 2015)

| Sjekkliste for kasus-kontrollstudier | | Ja | Uklart | Nei |
|--------------------------------------|---|----|--------|-----|
| 1 | Var kasus- og kontrollpersoner hentet fra sammenliknbare befolkningsgrupper? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 2 | Er gruppene (kasus og kontroll) sammenliknbare i forhold til viktige forvekslingsfaktorer (konfoundere)? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 3 | Er kasusgruppens tilstand tilstrekkelig beskrevet og/eller diagnosen validert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 4 | Er det tydelig at kontrollgruppen var fri for den aktuelle tilstanden? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 5 | Har forfatterne tatt hensyn til viktige forvekslingsfaktorer i studiens design og/eller analyse? | | x | |
| Kommentar: | | | | |
| 6 | Er eksponering for fare/skade/tiltak målt og gradert på samme måte i kasus- og kontrollgruppen? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 7 | Var den som målte eksposisjonen blindet mht. hvem som var kasus eller kontroll (og spiller det ev. noen rolle om forskeren var blindet eller ikke)? | | | x |
| Kommentar: | | | | |
| 8 | Var responsraten (svarprosenten) tilstrekkelig i begge grupper? | x | | |
| Kommentar: | | | | |

SJEKKLISTE FOR TVERRSNITTSTUDIER

(Laine et al., 2011)

| Sjekkliste for tverrsnittstudier | | Ja | Uklart | Nei |
|----------------------------------|--|----|--------|-----|
| 1 | Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 2 | Var utvalget representativt for befolkningsgruppen? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 3 | Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 4 | Er svarprosenten høy nok? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 5 | Var datainnsamlingen standardisert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 6 | Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 7 | Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? | x | | |
| Kommentar: | | | | |

(Roos, Sultan & Thakar, 2008)

| Sjekkliste for tverrsnittstudier | | Ja | Uklart | Nei |
|----------------------------------|--|----|--------|-----|
| 1 | Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 2 | Var utvalget representativt for befolkningsgruppen? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 3 | Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? | | x | |
| Kommentar: | | | | |
| 4 | Er svarprosenten høy nok? | x | | |
| Kommentar: | | | | |

| | | | | |
|------------|---|---|---|--|
| 5 | Var datainnsamlingen standardisert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 6 | Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 7 | Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? | | x | |
| Kommentar: | | | | |

(Berg & Sahlin, 2020)

| Sjekkliste for tverrsnittstudier | | Ja | Uklart | Nei |
|----------------------------------|--|----|--------|-----|
| 1 | Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 2 | Var utvalget representativt for befolkningsgruppen? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 3 | Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? | | x | |
| Kommentar: | | | | |
| 4 | Er svarprosenten høy nok? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 5 | Var datainnsamlingen standardisert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 6 | Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 7 | Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? | x | | |
| Kommentar: | | | | |

SJEKKLISTE FOR RANDOMISERT KONTROLERT STUDIE

(Johannessen, Norderval, Stordahl, Falk & Wibe, 2018)

| Sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie (RCT) | | Ja | Uklart | Nei |
|--|--|----|--------|-----|
| 1 | Er formålet med studiet klart formulert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 2 | Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 3 | Ble deltagere, helsepersonell og utfallsmåler blindet? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 4 | Var gruppene like ved starten av studiet? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 5 | Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 6 | Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien, og ble eventuelle frafall tatt hensyn til i analysen? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| | Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene i denne studien er til å stole på? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 7 | Hva er resultatene? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 8 | Hvor presise er resultatene? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 9 | Kan resultatene overføres til praksis? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 10 | Ble alle viktige utfallsmål vurdert? | x | | |
| Kommentar: | | | | |
| 11 | Veier fordeler opp for ulemper og kostnader? | x | | |
| Kommentar: | | | | |

Litteraturliste

- Berg, M. R. & Sahlin, Y. (2020). Follow-up of postpartum anal sphincter injuries. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 140(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0361>
- Bogeskov, R. A., Nickelsen, C. N. A. & Secher, N. J. (2015). Anal incontinence in women with recurrent obstetric anal sphincter rupture: a case control study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(3), 288-292. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.916264>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Slik oppsummerer vi forskning : håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/bruker erfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf
- Johannessen, H. H., Norderval, S., Stordahl, A., Falk, R. S. & Wibe, A. (2018). Interview-based versus self-reported anal incontinence using St Mark's incontinence score. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 667-671. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3363-y>
- Johannessen, H. H., Wibe, A., Stordahl, A., L, S., B, B. & S, M. (2013, 1). Prevalence and predictors of anal incontinence during pregnancy and 1 year after delivery: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(3), 269-280. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12438>
- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sanda, B., Horn, H., Spydslaug, A., Staff, A. C. & et al. (2011). Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(4), 319-324.
- Roos, A.-M., Sultan, A. H. & Thakar, R. (2008). St. Mark's incontinence score for assessment of anal incontinence following obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *International Urogynecology Journal*, 20(4), 407-410. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0784-7>

Vedlegg 3 Vurdering av egeninnsats

Vi vil her skrive en vurdering av prosessen oss to mellom, fra ide til ferdig resultat.

Det tok oss lang tid å finne et tema som vi begge synes var interessant og samtidig ikke fantes nye oppsummerte litteraturstudier på. Retrospektivt ser vi at det hadde vært en fordel for oss at vi hadde startet idemyldringen tidligere slik at vi ikke hadde brukt så mye tid på dette i starten av emnet. På forhånd hadde vi et ønske om å skrive en systematisk litteraturstudie da vi synes dette var en metode som passet oss.

Veien fra ide til problemstilling ble utviklet underveis i prosjektbeskrivelsen og vi hadde godt utbytte av undervisningen som var i starten av emnet, samt veiledning fra lærere og medstudenter som opponerte.

Korona har gitt oss utfordringer i form av at vi har hatt mye digital kommunikasjon, både oss mellom, til undervisning og med veileder. Skulle kanskje her ønsket at det hadde vært flere personlige møter både til undervisning og veiledning. Vi føler at vi har mistet mye av samholdet på kullet og kommunikasjon mellom medstudenter om viktige og mindre viktige ting. Det har ikke vært naturlig å føre en *small talk* mellom studenter og lærere når all undervisning har foregått digitalt.

Vi har gjennom hele prosessen hatt en god dialog oss mellom, vi har fordelt arbeidsoppgaver og samarbeidet godt. Vi har jobbet jevnt og trutt igjennom hele perioden og føler at vi har hatt god struktur.

Konkrete oppgaver som vi har fordelt oss mellom er referering og oppgavens struktur. Den ene har hatt ansvar for referanseverktøyet EndNote, legge inn kilder både i programmet og i oppgaven. Mens den andre har hatt ansvar for oppgavens oppsett og struktur. Vi tenkte på forhånd at vi ble sittende mye hver for oss å jobbe, men i stedet har vi hatt ett tett samarbeid daglig over Skype og samarbeidet om det meste.

Avslutningsvis sitter vi igjen med en følelse av at vi begge har bidratt inn i denne oppgaven og at vi har fått gjort det beste vi kan ut fra forutsetningene.