



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisternivå

**Granskning av riktlinjer vid Sveriges förlossningskliniker
gällande sfinkterskada i samband med förlossning**

**Innehållsanalys med en kombination av en deduktiv och induktiv
ansats**

Evaluation of obstetric guidelines in Sweden regarding sphincter injury in relation to childbirth

Författare: Malin Jäderberg Berggren & Camilla Strömberg

Handledare: Margareta Johansson

Examinator: Margareta Persson

Ämne/Huvudområde: Vårdvetenskap inriktning sexuell,
reproduktiv och perinatal hälsa,
avancerad nivå, VV3008

Poäng: 15 hp,

Betygsdatum: 131013

Examensarbete nr:

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Bakgrund: Sfinkterskada är en allvarlig komplikation i samband med vaginal förlossning. Önskan om att undvika vaginal förlossning igen ses hos kvinnor som tidigare drabbats av sfinkterskada.

Syfte: Syftet med studien var att ta reda på om det fanns riktlinjer gällande sfinkterskada i samband med förlossning vid Sveriges förlossningskliniker samt sammanställa och granska innehållet i riktlinjerna.

Metod: Innehållsanalys med en kombination av deduktiv och induktiv ansats.

Resultat: Av de 39 kliniker som svarade hade 31 riktlinjer gällande sfinkterskada. I riktlinjerna beskrevs vanligast förekommande riskfaktorer samt prevention med hjälp av perinealskydd. Läkaren ställde diagnos och utförde reparation av sfinkterskadan på operationsavdelningen. Komplikationer som samlagssmärta och anal inkontinens fanns beskrivet i riktlinjerna. Paracetamol och diklofenak var den vanligast förekommande smärtlindringen. Profylax som antibiotikabehandling och laxantia gavs av de flesta förlossningskliniker. Information till den nyförlösta kvinnan beskrevs. Uppföljning hos läkare, barnmorska och sjukgymnast rekommenderades efter fyra veckor till sex månader. Vid kommande graviditet och förlossning föredrogs kejsarsnitt.

Slutsats: Riktlinjerna var uppbyggda på samma sätt och hade till stor del liknande innehåll. Författarna till föreliggande fördjupningsarbete efterfrågar en nationell riktlinje.

Nyckelord: Obstetrisk anal sfinkterruptur, sfinkterruptur, anal sfinkterskada, sönderslitning av perineum, perinealskydd.

Abstract

Background: Sphincter injury is serious complication in connection to vaginal childbirth. Desire to avoid vaginal birth again is seen in women who previously suffered from a sphincter injury.

Objective: To identify and evaluate obstetric guidelines in Sweden regarding sphincter injury in relation to childbirth

Method: Content analysis with a combination of a deductive and inductive approach.

Results: The most frequently occurring risk factors and prevention with help of perineal protection were described in the guidelines. The physician made diagnosis and repaired the sphincter injury at the theatre. Complications such as coital pain and anal incontinence were described in the guidelines. Paracetamol and diclofenac was most common analgesic regimen given for pain. Prophylaxis such as antibiotic treatment and laxative were common. Information given to women was described. Follow-up by physician, midwife and physiotherapist was recommended after four weeks to six months. For future birth a cesarean section was recommended.

Conclusion: The guidelines were constructed in the same way and had to a large extent similar content. The authors of the present work recommend a national guideline.

Key words: Obstetric anal sphincter rupture, sphincter rupture, anal sphincter injury, perineal laceration, perineal protection.

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
2. Bakgrund	5
2.1 Anatomi	5
2.2 Sfinkterskador	6
Tabell 1. Presentation av graderingar för bristningar i bäckenbotten	6
2.3 Förekomst av sfinkterskador	7
2.4 Riskfaktorer för sfinkterskador	7
Tabell 2. Kategorisering av riskfaktorer	7
Tabell 3. Enskilda riskfaktorer	8
2.5 Perinealskydd	8
3. Problemformulering	11
4. Syfte	11
5. Frågeställningar	11
6. Metod	11
6.1 Design	11
6.2 Datainsamling	11
Tabell 4. Svarefrekvens för Sveriges förlossningskliniker vid respektive sjukhus	13
6.3 Dataanalys	15
6.4 Etiska överväganden	15
7. Resultat	15
7.1 Riskfaktorer	16
7.1.1 Graviditetsrelaterade	16
7.1.2 Förlossningsförlopp	16
7.2 Förlossning	16
7.2.1 Prevention och samförstånd	16
7.2.2 Förlossningsställning	17
7.2.3 Perinealskydd	17
7.2.4 Instrumentell förlossning	17
7.3 Diagnostik	18
7.3.1 Undersökning	18
7.4 Reparation	19
7.4.1 Profession	19
7.4.2 Tidpunkt	19
7.4.3 Inför operation	20
7.4.4 Anestesi	20
7.4.5 Instruktion till suturering	20
7.5 Komplikationer	21
7.5.1 Typ	21
7.5.2 Behandling	21

7.6 Dokumentation	21
7.6.1 Journalen	21
7.7 Läkemedel	22
7.7.1 Smärtlindring	22
7.7.2 Antibiotika	22
7.7.3 Laxantia	22
7.8 Den nyförlösta kvinnan	22
7.8.1 Undersökningar	22
7.8.2 Information	23
7.8.3 Träning	23
7.8.4 Nutrition och elimination	23
7.9 Uppföljning	24
7.9.1 Läkare	24
7.9.3 Barnmorska	24
7.9.4 Sjukgymnast	25
7.9.5 Uroterapeut	25
7.9.6 Kontinensmottagning	26
7.10 Kommande graviditet och förlossning	26
7.10.1 Handläggning	26
7.10.2 Kejsarsnitt	26
7.10.3 Vaginalt	27
7.11 Formalia	27
7.11.1 Mål och syfte	27
7.11.2 Sfinkterprotokoll och rapportblad om sfinkterskada	27
7.11.3 Statistik	27
7.11.4 Referenser	28
8. Diskussion	28
8.1 Sammanfattning av huvudresultatet	28
8.2 Resultatdiskussion	28
8.3 Metoddiskussion	36
8.4 Slutsatser	39
8.5 Förslag till vidare forskning	39
8.6 Tillkännagivande	39
9. Referenser	40
Bilaga 1. Flödesschema över processen för datainsamling	44
Bilaga 2. Smärtlindring i samband med sfinkterskada	45
Bilaga 3. Antibiotika i samband med sfinkterskada	46
Bilaga 4. Laxantia i samband med sfinkterskada	48

1. Inledning

Sfinkterskada är allvarlig komplikation i samband med vaginal förlossning. De vanligast förekommande konsekvenserna av sfinkterskada är smärta och anal inkontinens. Kvinnor som drabbas av inkontinens undviker ofta fysisk aktivitet och tungt arbete. Detta påverkar i hög grad livskvaliteten hos den för övrigt friska kvinnan (Lindgren, Brink & Klingberg-Allvin, 2011; Wegnelius & Hammarström, 2011). En studie visar att 45 procent av kvinnor med sfinkterskada har kvarstående besvär fyra till åtta år efter förlossning i form av gas- och avföringsinkontinens, samlagssmärta och smärta i mellangården (Sundquist, 2012). En önskan om att undvika vaginal förlossning igen ses hos kvinnor som vid sin första förlossning drabbats av sfinkterskada. Många kvinnor önskar att bli förlösta med kejsarsnitt vid en eventuell andra förlossning (Wegnelius & Hammarström, 2011).

Andelen kvinnor med sfinkterskada grad III och IV ökade under åren 2000 till 2005 och var i Sverige som högst år 2004, med sju procent bland förstföderskor och två procent bland omföderskor. Efter år 2005 sågs en minskning av sfinkterskada grad III och IV vid Sveriges förlossningskliniker (Socialstyrelsen 2012). Det finns betydande skillnader i förekomst av sfinkterskador mellan olika landsting och sjukhus i Sverige. Inom förlossningsvården har ökningen uppmärksamats och enligt Socialstyrelsen har förebyggande åtgärder vidtagits på många sjukhus (Socialstyrelsen, 2013).

2. Bakgrund

2.1 Anatomi

Perineum är området mellan vaginalmyrningen och anus. Perineum består framförallt av bindväv och vävnadsstrukturer, dit omkringliggande muskulatur fäster (Hagberg, Marsál & Westgren, 2008). För att fosterhuvudet ska kunna passera genom slidöppningen, behöver mjukdelarna runtomkring tänjas ut. Om förlossningsförloppet fortlöper för hastigt, finns risk för stora perinealskador som även kan engagera ändtarmens ringmuskel (Hagberg et al., 2008; Räisänen, Julkunen, Gissler & Heinonen, 2011). Perinealskadan uppstår oftast där vävnaden är som svagast, vilket är individuellt hos kvinnor (Hagberg et al., 2008; Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009). Analsfinktern utgörs av två muskelcylindrar; externa respektive interna sfinktern.

Den externa sfinktern utgörs av en tre till fyra centimeter konstant aktiv tvärstrimmig muskulatur som är viljestyrd. Interna sfinktern består av två till fyra centimeter glatt muskulatur, som är icke viljestyrd. Den interna sfinktern är ljusare till färgen, ibland mer vitaktig än den externa sfinktern och är kliniskt mer svår att identifiera vid skada (Hagberg et al., 2009).

2.2 Sfinkterskador

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossning delas in i fyra graderingar. I Sverige används diagnoskoden *ICD-10* för sfinkterskada i samband med förlossning (SFOG, 2010)

Tabell 1. Presentation av graderingar för bristningar i bäckenbotten

Gradering:	Skadetyper:
Grad I	Enbart ytliga delar såsom hud och vaginalslemhinna eller perineum
Grad II	Djupare skada i vagina och dess mynning samt perinealkroppen och Muskler i perineum.
Grad III a, Partiell skada	Del av sfinktermuskeln och bristning i bäckenbottens muskulatur.
Grad III b, Total skada	Hela sfinktermuskeln skadad, både till tjocklek och längd samt bristning.
Grad IV	Hela sfinktermuskeln tjocklek samt analslemhinnan, så kallad total sfinkterskada. Hela längden behöver inte vara skadad.

(Hagberg et al., 2008; Socialstyrelsen, 2013; SFOG, 2010).

Bristning grad I och II är vanligt förekommande. De läker snabbare och orsakar sällan långsiktiga problem jämfört med sfinkterskada av grad III och IV. (Hagberg et al., 2008; Kaplan et al., 2009). Skador på ändtarmsslutmuskeln, bristning grad III och IV, ökar risken för anal- och urininkontinens, smärtor i underlivet (Evers, Blomquist, McDermott & Handa, 2012; Socialstyrelsen, 2013; Sundquist, 2012) samt dyspareuni (Sundquist, 2012). Kvinnor med total sfinkterskada drabbas av analinkontinens i större utsträckning än kvinnor med partiell sfinkterskada (Palm, Israelsson, Bolin & Danielsson, 2012).

Rektala skador utan engagemang av sfinktern eller analkanalen förekommer sällan, därför finns dessa inte med i klassificeringen. I samband med bristningar i perineum som graderas till grad II-bristningar, är det viktigt att återskapa anatomin för att minska framtida genital prolaps (Hagberg et al., 2008; Kaplan et al., 2009).

2.3 Förekomst av sfinkterskador

Frekvensen av sfinkterskador, grad III och IV, ökade från mindre än en procent under sent 60-tal till 4,2 procent år 2004. En bidragande faktor till ökningen är handläggandet av förlossningar under utdrivningsskedet, samt en ökning av förekomst av riskfaktorer (Hals, et al 2010). Utförandet av manuellt perinealskydd under förlossningens andra fas minskade i de nordiska länderna under 1980-talet. Troligtvis på grund av att det då propagerades för naturliga förlossningar som skulle ge en bättre upplevelse för kvinnan. Alternativa förlossningsställningar var populära och manuellt perinealskydd blev praktiskt svårare att utföra eftersom kvinnan stod upp eller ofta bytte förlossningsställning. Dessa skillnader var av betydelse för det ökande antal fall av sfinkterskador i de fyra största nordiska länderna; Sverige, Norge, Danmark och Finland. Det finns fler orsaker till ökade fall av sfinkterskador, bland annat att det föds större barn, mödrarna är äldre, ökat antal instrumentella förlossningar samt bättre registrering av statistik (Laine, Rotvold & Saff, 2013). Sfinkterskador av grad III och IV skiljer sig åt i Sverige, där Södersjukhuset i Stockholm med 5,7 procent är högst i landet och Höglanssjukhuset i Eksjö har lägst antal med sina 1,6 procent (Socialstyrelsen, 2012).

2.4 Riskfaktorer för sfinkterskador

En sammanfattning av riskfaktorer för uppkomsten av sfinkterskador kan delas in i två kategorier:

Tabell 2. Kategorisering av riskfaktorer

<i>Kategori 1</i>	<i>Kategori 2</i>
Vävnadens egenskaper: hållfasthet, tänjbarhet, förmåga återhämtning/läkning.	Relationen av den kraft och energi som krävs för att föda fram barnet.

(Aasheim et al., 2011; Hagberg et al., 2008).

Enskilda riskfaktorer för sfinkterskador delas in i tre olika grupper enligt nedan:

Tabell 3. Enskilda riskfaktorer

Maternella	Förstföderska inklusive omföderskor som tidigare fött barn med kejsarsnitt
Fetala	Stort barn med vikt mer än 4,5 kilogram men även ökad risk vid fyra kilogram.
Obstetriska	Funduspress, instrumentell förlossning, perineotomi, förlossningens duration det vill säga utdrivningsskede mer än 30 minuter, upprätt förlossningsställning, ödem i perineum samt skulderdystoci på grund av högre prioritet att få ut barnet snabbt framför skyddandet av perineum.

(Gottvall, Allebeck & Ekéus, 2007; Hagberg et al., 2008; Laine, Skjeldstad, Sandvik & Staff, 2012; Räisänen et al., 2011; Samuelsson et al., 2000; Socialstyrelsen, 2013). Även värkstimulerande dropp samt epiduralanestesi hör till obstetriska riskfaktorer (Samuelsson et al., 2000).

Vid instrumentell förlossning var andelen sfinkterskador av grad III och IV, cirka 13 procent år 2011. För kvinnor vars barn vägde 4,5 kilogram eller mer, var andelen skador i ändtarmens slutmuskel drygt sju procent samma år (Socialstyrelsen, 2013). Risken för att drabbas av sfinkterskada är högre efter en total sfinkterskada vid förgående förlossning jämfört med en andra förlossning efter en vaginal förlossning utan sfinkterskada. Kvinnor som är förlöst med kejsarsnitt med första barnet löper en större risk att drabbas av sfinkterskada i samband med vaginal förlossning av andra barnet (Hagberg et al., 2008; Räisänen et al., 2011; Wegnelius & Hammarström, 2011). Förstföderskor har en högre risk att drabbas av sfinkterskada i samband med vaginal förlossning än omföderskor (Gottvall et al., 2007).

2.5 Perinealskydd

Det är viktigt för barnmorskan att inspektera perineum under förlossningen, för att uppmärksamma begynnande skada. Om perineum bleknar eller blir hög och utspänd under utdrivningsskedet då huvudet skär igenom finns risk för sfinkterskada (Hagberg et al., 2008; Kaplan et al., 2009). Små peteckieliknande blödningar i perineum kan tyda på bristning som skett på insidan av perineum. Barnmorskan har en viktig roll i förebyggandet av sfinkterskador genom samspel med den födande kvinnan.

Att informera den födande kvinnan att slappna av och krysta försiktigt då barnets huvud föds fram, så kallat kontrollerat framfödande, förebygger sfinkterskada (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2011; Kaplan et al., 2009). Att ändra förlossningsställning kan vara ett sätt att avlasta perineum under utdrivningsskedet (Aasheim et al., 2011). Barnmorskan kan hjälpa kvinnan att förebygga sfinkterskada i samband med framfödandet, genom att med ena handen hålla emot barnets huvud under värk. Samtidigt håller barnmorskan med den andra handen ett lätt tryck mot kvinnans perineum, det vill säga så kallat manuellt perinealskydd (Kaplan et al., 2009; Samuelsson, Ladfors, Wennerholm, Gåreberg, Nyberg & Hagberg, 2000). Handläggningen visade sig inte vara begränsad till den faktiska tidpunkten för barnets framfödande, utan bör sättas in då skyddet bedöms vara aktuellt i utdrivningsskedet och inte endast under krystningsskedet (Lindgren et al., 2011).

Vid Ritgens handgrepp håller barnmorskan sin ena hand mot den födande kvinnans perineum. Samtidigt fattar barnmorskan med den andra handen tag om fostrets haka på perineums utsida. På detta sätt kan hastigheten på barnets huvud under framfödandet, styras (Hagberg et al., 2008).

Tidigare har uppfattningen varit att perineotomi, minskat risken för sfinkterskador som komplikation i samband med vaginal förlossning. Senare års studier visar dock att perineotomi är ett ineffektivt sätt att minska sfinkterskador som komplikation (Hagberg et al., 2008). En studie som genomfördes på uppdrag av Världshälsoorganisationen [WHO] (2013), visade på att perineotomi i samband med förlossning utförs på de flesta förstföderskor i Asien, i förebyggande syfte mot sfinkterskador. Dock visar det sig att dessa kvinnor istället får mer omfattande skador; fler suturer med svårare komplikationer som följd jämfört med de kvinnor som det inte utförts perineotomi på. WHO:s riktlinjer har därför blivit mer restriktiva i indikationer kring denna åtgärd (Trinh, Khambalia, Ampt, Morris & Roberts, 2013). Till följd av WHO:s riktlinjer, tillämpas därför perineotomi i mindre utsträckning i Sverige idag (Hagberg et al., 2008). Dock påvisar en finsk studie att tillämpningen av perineotomi, i synnerhet hos förstföderskor med hög risk för sfinkterskada, har en förebyggande effekt. (Räisänen et al., 2011).

Lindgren et al. (2011) skriver att barnmorskor som assisterar vid hemförlossningar är bra på att förebygga komplikationer under förlossningens alla faser. Studien visar att det hos dessa barnmorskor finns en klar medvetenhet om vikten av att skydda kvinnans perineum, inte bara under krystningsfasen utan under hela förlossningen. De menar i sin studie att förebyggandet av förlossningsskador bygger på en god kommunikation mellan barnmorskan och kvinnan. I samband med hemförlossningar visar det sig att om barnmorskan fokuserar på den naturliga processen och förlossningens förlopp, vilket kan få ta tid, förebygger det komplikationer såsom sfinkterskada. Fysisk närvaro, verbal kommunikation och mentalt samspel mellan barnmorskan och den födande kvinnan är en nödvändighet för att förlossningsupplevelsen samt förebyggandet av sfinkterskada ska bli optimal (Lindgren et al., 2011).

2.6 Komplikationer till följd av sfinkterskada

Kvinnor som drabbats av sfinkterskador i samband med förlossning löper större risk för anal inkontinens, gas- och avföringsinkontinens samt samlagssmärta (Evers et al., 2012; Palm et al., 2012). Sfinkterskada i samband med vaginal förlossning rapporteras vara den vanligaste orsaken till att kvinnan drabbas av anal inkontinens (Bols et al., 2010). En amerikansk studie, påvisar att sfinkterskada är en riskfaktor för att drabbas av analinkontinens upp till tio år efter förlossningen. Av den totala andelen kvinnor som drabbas av sfinkterskada är 84 procent förstföderskor och 16 procent omföderskor (Evers et al., 2012). Konsekvenser av sfinkterskada efter vaginal förlossning kan ha en betydande effekt på kvinnors livskvalitet med avseende på den fysiska och psykos sexuella hälsan (Fowler, 2010).

Tvärprofessionell uppföljning, inklusive sjukgymnastik, rekommenderas för att kvinnan ska uppnå långsiktiga resultat efter hon drabbats av sfinkterskada grad III eller IV (Bagade & Mackenzie, 2010). Kvinnor som drabbas av sfinkterskador i samband med förlossning och som söker vård i efterförloppet på grund av sina besvär har inte fått sina skador dokumenterade i medicinska journalen, alternativt att en lägre gradering av skadan finns dokumenterad än vad verkligheten är (Evers et al., 2012).

3. Problemformulering

Sfinkterskador i samband med förlossning är ett aktuellt och omdiskuterat ämne, där barnmorskan har en betydande roll i det förebyggande arbetet. Sfinkterskador utgör en allvarlig komplikation i samband med vaginal förlossning och kan orsaka smärtsamma och långvariga besvär för kvinnan. Den aktuella forskningen tyder på att förekomsten av sfinkterskador i Sverige har minskat. Men det finns betydande skillnader i förekomst av sfinkterskada mellan Sveriges förlossningskliniker därför vore det av intresse att inventera om riktlinjer existerar vid förlossningskliniker samt granska och sammanställa Sveriges förlossningsklinikers riktlinjer gällande sfinkterskada.

4. Syfte

Syftet med studien var att ta reda på om det fanns riktlinjer gällande sfinkterskada i samband med förlossning vid Sveriges förlossningskliniker samt sammanställa och granska innehållet i riktlinjerna.

5. Frågeställningar

Hur stor andel av Sveriges förlossningskliniker har riktlinjer gällande sfinkterskada i samband med förlossning?

Vad finns skrivet i Sveriges förlossningsklinikers riktlinjer i samband med sfinkterskada och finns det några likheter och skillnader?

6. Metod

6.1 Design

Innehållsanalys med en kombination av en deduktiv och induktiv ansats valdes för att beskriva och kvantifiera riktlinjernas innehåll (Elo & Kyngäs, 2007).

6.2 Datainsamling

Riktlinjer är ett stöd för att kunna fatta viktiga beslut och kan tillämpas inom hälso- och sjukvård. Målet med riktlinjer är att kunna bidra till att stärka patienters möjlighet att erhålla god, trygg och säker vård (Socialstyrelsen, 2013). PM är en kortfattad redogörelse eller ett direktiv (Nationalencyklopedin, 2013). Det insamlade materialet benämndes olika av förlossningsklinikerna; PM eller riktlinjer. Författarna valde att kalla samtliga inkomna

dokument för riktlinjer. Författarna tog ställning till huruvida benämningen kvinnoklinik eller förlossningsklinik skulle tillämpas. Efter diskussion sinsemellan valdes förlossningsklinik. Anledningen till detta var att svaren enhälligt kom från just förlossningsklinikerna i Sverige.

Ett brevutskick gjordes den andra april 2013 av kvinnoklinikens verksamhetschef vid Södersjukhuset i Stockholm via SFOG, med förfrågan till Sveriges alla förlossningskliniker ($n=47$) om att få ta del av de befintliga riktlinjer som fanns gällande sfinkterskador i samband med förlossning. Inga svar erhöles efter första förfrågan. Därför skickades en första påminnelse ut den 18 april 2013 via SFOG per elektronisk post till samtliga förlossningskliniker. Efter denna påminnelse fick författarna in 22 riktlinjer. Den 26 maj 2013 genomfördes en andra påminnelse till de resterande 25 förlossningsklinikerna som inte svarat på första förfrågan, per telefon av författarna själva. Efter den andra påminnelsen fick författarna in ytterligare 17 svar, totalt 39. Två av dessa 39 kliniker svarade att riktlinjerna var under utarbetning, och ville därför inte delge sina material. Sju förlossningskliniker saknade riktlinjer men delgav författarna annat material så som sfinkterprotokoll och patientinformation, se tabell 4. Vid sista svarsdatum den sjunde juni 2013, hade författarna vid den aktuella tidpunkten erhållit totalt 31 stycken riktlinjer gällande sfinkterskada från Sveriges förlossningskliniker, se även *bilaga 1*, vilka utgjorde underlag för resultatet i studien. Bortfallet blev de sju kliniker som vid denna tidpunkt inte delgivit svar, se tabell 4.

Den 26 maj 2013, fanns 46 förlossningskliniker i Sverige enligt förteckningen på SFOG: s, hemsida. Den 18 augusti 2013, upptäcktes att förteckningen på SFOG:s hemsida blivit uppdaterad ($n=43$). Förklaringen till detta eftersöktes genom telefonkontakt med SFOG, varpå svar ej erhöles. Författarna fick svar från följande förlossningskliniker som inte fanns med på förteckningen från SFOG; Motala lasarett och Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Karolinska Universitetssjukhuset omnämndes i SFOG:s förteckning som en förlossningsklinik men består i själva verket av två; Solna och Huddinge, vilka har separata riktlinjer vad det gäller sfinkterskador. Samma problematik var det med Skånes Universitetssjukhus som har två förlossningskliniker; Lund och Malmö.

Tabell 4. Svansfrekvens för Sveriges förlossningskliniker vid respektive sjukhus

Förlossningsklinik vid:	Svarat	Har riktlinjer	Saknar riktlinjer	Sfinkter-protokoll	Patient-information
BB Stockholm	X	X		X	
Blekingesjukhuset Karlshamn/Karlskrona					
Borås Södra Älvsborgs Länssjukhus					
Danderyds sjukhus	X	X		X	X
Eskilstuna Mälarsjukhus	X		X		X
Falu lasarett	X	X			
Gällivare sjukhus	X	X		X	
Gävle-Sandviken Länssjukhus	X	X			
Göteborg Sahlgrenska Universitetssjukhuset	X	X			X
Halmstad/Hallands sjukhus	X		X	X	X
Helsingborgs lasarett	X	X			
Hudiksvalls lasarett	X	X			
Höglandssjukhuset i Eksjö	X	X		X	
Jönköping Länssjukhuset Ryhov					
Kalmar Länssjukhus	X	X		X	
Karlskoga lasarett	X	X		X	
Karlstad Centralsjukhus	X	X			
Karolinska Universitetssjukhuset a) Solna b) Huddinge	a)X b)X	a)X b)X			
Kristianstad Centralsjukhus	X		X		X
Linköpings Universitetssjukhus	X	X			
Lycksele lasarett					
Motala lasarett	X	X			

Förlossningsklinik vid:	Svarat	Har riktlinjer	Saknar riktlinjer	Sfinkter-protokoll	Patient-Information
Norrköping Vrinnevisjukhuset	X	X		X	
Nyköpings lasarett	X	X			
Skellefteå lasarett	X		X	X	
Skånes Universitets- sjukhus Lund	X	X			
Skånes Universitets- sjukhus Malmö	X	X			
Skövde kärnsjukhus	X	X			
Sollefteå sjukhus	X	X			
Sunderby sjukhus Piteå/Kalix	X	X		X	
Sundsvalls sjukhus	X	X		X	
Stockholm Södersjukhuset	X	X			X
Södertälje sjukhus	X	X			
Trollhättan Älvsborgs Länssjukhus					
Umeå Norrlands Universitetssjukhus	X		X		
Uppsala Akademiska Sjukhus	X	X			
Varberg Hallands Sjukhus	X		X	X	X
Visby lasarett	X		X		
Värnamo sjukhus	X	X		X	X
Västerviks sjukhus	X	X		X	X
Västerås Västmanlands Sjukhus					
Växjö lasarett	X	X		X	
Ystads lasarett	X		X	X	X
Örebro Universitetssjukhus					
Örnsköldsviks sjukhus	X	X		X	X
Östersunds sjukhus					
Totalt:	39	31	8	17	11

6.3 Dataanalys

Analysen startade med en förberedande fas där riktlinjerna valdes som analysenhet. Riktlinjerna lästes ett flertal gånger för att få en känsla av innehållet. Analysens andra fas var att organisera data. En ej förutbestämd matris skapades utifrån riktlinjernas olika kunskapsinnehåll enligt ett deduktivt förhållningssätt. Därefter kodades data och koder sammanfördes till kategorier genom ett induktivt förhållningssätt. Detta valdes med tanke på att det inte återfanns en strukturerad matris att följa i analysen relaterat till bristande aktuell kunskap (Elo & Kyngäs, 2007). När all data behandlats, sammanställdes materialet utifrån studiens syfte och frågeställningar och presenteras i löpande text nedan.

6.4 Etiska överväganden

Författarna gjorde en etisk prövning med hjälp av den egengranskningsblankett som fanns vid Högskolan Dalarna och utfallet blev att inga etiska tillstånd behövde sökas då studien gick ut på att granska befintliga dokument (Högskolan Dalarna, 2008). Utgångspunkten i enlighet med godhetsprincipen är en strävan att göra gott genom att så effektivt och tillförlitligt som möjligt komma fram till ny och väsentlig kunskap som kan förbättra prevention, diagnostik, behandling eller omvårdnad (Olsson & Sörensen, 2001). Ingen förlossningsklinik har motsagt sig att bli publicerad vid namn i föreliggande fördjupningsarbete. Riktlinjer angående sfinkterskada vid respektive förlossningsklinik är offentlig handling. Författarna till fördjupningsarbetet valde därför att presentera respektive förlossningsklinik i en tabell eftersom det kan vara av intresse för läsaren. Etiska dilemman som kan tänkas uppstå då enskilda förlossningskliniker identifieras är att de känner sig utlämnade och felaktigt eller orättvist framställda. Därför valde författarna att inte referera till respektive förlossningsklinik i resultatets löpande text.

7. Resultat

Av de totalt 39 förlossningskliniker som svarat hade 31 riktlinjer gällande sfinkterskada i samband med förlossning. Trettioen riktlinjer analyserades och resultatet presenteras nedan. Dataanalysen resulterade i elva kategorier som benämns; riskfaktorer, förlossning, diagnostik, reparation, komplikationer, dokumentation, läkemedel, den nyförlösta kvinnan, uppföljning, kommande graviditet och förlossning, formalia. Dessa kategorier presenteras i nedanstående resultatdel.

7.1 Riskfaktorer

7.1.1 Graviditetsrelaterade

Elva kliniker tog upp i sina riktlinjer att graviditetsrelaterade faktorer såsom att vara förstföderska hade betydelse för att drabbas av sfinkterskada. Tio kliniker beskrev att stort barn var en riskfaktor. Sju av dessa tio kliniker definierade att stort barn vägde mer än fyra och ett halvt kilogram. Riskfaktor såsom överburenhet omnämndes i två riktlinjer. Två förlossningskliniker tog upp tidigare sfinkterskada som en riskfaktor. Även tidigare sfinkterskada, bristning av grad III och IV var en riskfaktor för sfinkterskada. Två förlossningskliniker tog upp i sina riktlinjer att barnets bjudning hade betydelse för att drabbas av sfinkterskada.

7.1.2 Förlossningsförlopp

Fyra kliniker beskrev perinealt ödem och två kliniker betraktade snabb förlossning som riskfaktorer. Om barnmorskan har otillfredsställande blick över perineum eller avsaknad av/bristfälligt manuellt perinealskydd sågs även det som en riskfaktor. Långt utdrivningsskede, det vill säga krystningsskede längre än 30 minuter och skulderdystoci hörde till riskfaktorer. Om förlossningen avslutas instrumentellt med vakuumentextraktion, med hjälp av tång eller funduspress, ansågs risken för sfinkterskada i en av riktlinjerna vara fördubblad.

7.2 Förlossning

7.2.1 Prevention och samförstånd

I riktlinjerna framkom att i arbetet med prevention av sfinkterskada ska riskfaktorer om möjligt undvikas. Barnmorskan ska ta god anamnes och vara helt klar över vilka faktorer som ökar risken för sfinkterskada. Särskilt viktigt är det att utöva perinealskydd vid vaginal förlossning då kvinnan vid en tidigare förlossning drabbats av sfinkterskada. I riktlinjerna beskrevs att det redan innan utdrivningsskedet är bra att gå igenom med kvinnan hur hon ska ta till sig instruktionerna från barnmorskan när det väl är dags att föda. Detta är en viktig förutsättning för möjligheten att skapa god kommunikation och gott samarbete mellan den födande kvinnan och barnmorskan. Instruktionen till och kommunikationen med kvinnan ska leda till att hon inte krystar när barnets huvud skär igenom slidöppningen.

7.2.2 Förlossningsställning

Fem riktlinjer beskrev att barnmorskan ska stötta och stå nära kvinnan samt skaffa sig visuell överblick över perineum och ha kontroll över förlossningen. Perineum ska vara väl synligt för att skapa förutsättning för korrekt perinealskydd, vilket är viktigt i det förebyggande handläggandet av sfinkterskador i samband med förlossning. Det är viktigt att kvinnans underliv är synligt för att barnmorskan ska kunna observera färg, ödem, längd på perineum och eventuella ärr. Kvinnan ska guidas till en förlossningsställning som ger barnmorskan god överblick över perineum och därmed möjlighet att utöva perinealskydd genom att stötta perineum och bromsa barnets huvud i samband med framfödandet av barnet.

7.2.3 Perinealskydd

Sju förlossningskliniker lyfte fram perinealskyddets betydelse i sina riktlinjer. De menade att vid vaginal förlossning är det viktigt att kvinnan förlöses med perinealskydd. Grundläggande för manuellt perinealskydd är att hålla emot och styra barnets huvuds framfödande. En förlossningsklinik skrev att vilken metod av perinealskydd som används har troligtvis mindre betydelse. I riktlinjerna framkom att manuellt perinealskydd vanligen tillämpas från när barnets huvud inte längre glider tillbaka in i vulva mellan värkarna. En förlossningsklinik omnämnde Ritgens handgrepp. Tre riktlinjer beskrev att perinealskydd påbörjas vid framfödandet när barnets huvud skär igenom slidöppningen, det vill säga när huvudet förblir stående i vulva även mellan värkarna. En förlossningsklinik skrev att handdukar eller kompresser inte bör användas i samband med manuellt perinealskydd.

7.2.4 Instrumentell förlossning

Sex förlossningskliniker tog i sina riktlinjer upp instrumentell förlossning. Två förlossningskliniker skrev att i händelse av instrumentell förlossning är samarbete mellan barnmorska och läkare av yttersta vikt. Här kan ansvarig barnmorska utöva mothåll i form av manuellt perinealskydd både vid framfödandet av barnets huvud och axlar. Eventuella risker innan ingrepp med sugklocka ska utvärderas. Ett tydliggörande om vem som ansvarar för det manuella perinealskyddet innefattas. Om förlossningen avslutas instrumentellt ska ansvarig läkare vara medveten om förlossningskanalens och bäckenaxelns riktning samt tillämpa dragning utefter denna. Överläkare skall vara tätt inpå specialisttjänstgörande läkare för vägledning. Den som lagt sugklockan eller tången skall fullfölja förlossningen.

Fyra kliniker beskrev handläggning av perineotomi i samband med förlossning. Två förlossningskliniker skrev i sina riktlinjer att då bedömningen tillåter att perineotomi är nödvändigt skall klippet läggas tillräckligt omfattande och lateralt minst 45 grader från mittlinjen. En förlossningsklinik skrev i sin riktlinje att erfarenheten talar för att god kontroll över förlossningen i utdrivningsskedet ger minskad risk för sfinkterskada.

7.3 Diagnostik

7.3.1 Undersökning

Vidare framkom det i sju riktlinjer att undersökning av sfinktern och rektum ska göras av barnmorska eller läkare på alla kvinnor efter vaginal förlossning för att upptäcka eventuella skador. Sfinktern bedöms genom bimanuell palpation med hjälp av ett finger i rektum. God belysning och bra arbetsställning är viktigt. Noga kartläggning av sfinkterskadan är nödvändig, gärna tillsammans med en barnmorskekollega. Barnmorskan bör palpera alla kvinnor efter förlossningen, med hjälp av ett finger i analkanalen och ett finger i vagina. Undersökningen görs för att få en uppfattning om perinealkroppens tjocklek i samband med att barnmorskan identifierar eventuella förlossningsskador. Om perinealkroppen uppfattas som tunnare än två centimeter tillkallas läkare. För diagnostik av sfinkterskada kan ultraljudsundersökning vara av värde. Vid två förlossningskliniker utför läkaren ultraljudsundersökning på kvinnan för att mäta perinealkroppen och bedöma den inre sfinktern. Tre riktlinjer skrev att om perinealkroppen är tunnare än en centimeter är sfinkterruptur trolig. Vid fem förlossningskliniker tillkallas läkare för bedömning om bristning som involverar sfinktern uppstått. Vid en förlossningsklinik ska sfinkterskadan diagnostiseras av erfaren obstetriker eller gynekolog, väl förtrogen med diagnostik och suturerings teknik. Tre förlossningskliniker beskrev att det kan vara till hjälp vid diagnostik av sfinkterskadan att nudda med kallt instrument på huden vid anus för att utlösa den mucocutana reflexen. Om analsfinktern drar ihop sig runt anus är det inte en total skada. Drar sfinktern istället isär nedre delen av bristningen föreligger en total sfinkterskada av externa sfinktern, den interna sfinktern kan då också vara engagerad. Vid bristning där sfinkterskada inte helt kan uteslutas rekommenderas att patienten tas till operationsavdelningen för vidare kartläggning av skadan under fullgod bedövning. På operation görs en ny bedömning av skadan i bra belysning och med god anestesi.

7.4 Reparation

7.4.1 Profession

Tjugoåtta förlossningskliniker beskrev reparation av sfinkterskada. En klinik skrev att vid misstanke om sfinkterskada och större bristning tillkallas läkare för inspektion och suturering. Tre riktlinjer beskrev att ansvarig läkare avgör tid, plats och vem som kommer att åtgärda skadan. Tolv förlossningskliniker tog upp att bristning av grad III och IV ska sutureras av erfaren läkare, lämpligtvis obstetriker eller en gynekolog på operationsavdelningen. Anledningen till detta, utöver att sutureringen sker under optimala förhållanden för både kvinnan och operatören, är att skadans omfattning ofta är större än vad som primärt har uppfattats. På operationsavdelningen genomförs en ny bedömning av skadan med hjälp av adekvat assistans, instrumentell utrustning, anestesi belysning och teknik. Tre förlossningskliniker skrev att i vissa fall kan partiell skada av grad III sutureras på förlossningsavdelningen om kvinnan har god smärtlindring och att god överblick för operatören över anatomin finns. Bakjour som har god erfarenhet av detta ingrepp ska konsulteras frikostigt. Vid två förlossningskliniker konsulteras kolorektalkirurg vid behov, dock som praxis vid skador på rektalslemhinnan.

7.4.2 Tidpunkt

Sju kliniker skrev att omedelbar suturering av sfinkterskadan inte är nödvändig, såvida bristningen inte blöder. En klinik menade att det kan vara en fördel att vänta med suturering av sfinkterskadan upp till några timmar. Avvaktan med suturering ger möjlighet för föräldrarna att knyta an till barnet och ger tid för svullnaden i operationsområdet ska minska. Fyra förlossningskliniker tog upp att det är bättre med optimala sutureringsförhållanden dagtid av erfaren operatör än att sfinkterskadan sys direkt. Dock menar en förlossningsklinik att evidens saknas för optimal tidpunkt för suturering av sfinkterskada. Sex förlossningskliniker skrev att suturering av sfinkterskadan bör ske inom sex till åtta timmar. En annan förlossningsklinik menade att en fördröjning av suturering kan ske upp till tolv timmar. Vid två förlossningskliniker överfördes kvinnan till BB-avdelning i väntan på operation. Patienten kan då vänta på BB-avdelning med avsvällande kall handduk på skadan .

7.4.3 Inför operation

En förlossningsklinik tog upp att inför operation ska BAS-test tas och kvinnan ska förSES med en perifer venkateter. Sju förlossningskliniker skriver att kvinnan ska ha en urinkateter i samband med reparation av sfinkterskadan. Tre förlossningskliniker anger tidpunkt för när urinkatetern ska tas bort.

7.4.4 Anestesi

Fjorton förlossningskliniker skriver att narkosläkare ska kontaktas av obstetriker för val av anestesimetod i samband med sfinkterskada. Anestesi kan bestå i ryggbedövning eller narkos, där generell anestesi eller spinalanestesi är likvärdiga. För valet av anestesimetod genomförs initialt en inspektion av skadan genom att först smärtlindra kvinnan med lokalbedövning med hjälp av Xylocainspray alternativt infiltrat innehållande adrenalin eller att pudendusblockad ges.

7.4.5 Instruktion till suturering

Sjutton förlossningskliniker beskrev instruktion till suturering vid sfinkterskada. Beträffande sutureringsteknik och förslag på suturmaterial, hänvisade fyra förlossningskliniker till ett bifogat blad i sina riktlinjer med instruktion till operationsteknik vid akut sfinkterskada. Instruktionen var direkt tagen ur en ARG-rapport från SFOG om anal inkontinens. Fyra förlossningskliniker skriver i sina riktlinjer i vilken ordning sfinkterskadan ska sutureras. En klinik menade att det har ingen betydelse om operatören suturerar genom slemhinnan eller ej, inga hållpunkter finns för att den ena metoden skulle vara bättre än den andra. Sfinktern och eventuell skada i vaginalväggen ska enligt två kliniker sutureras i olika lager. Sju förlossningskliniker angav att sutureringsteknikerna enstaka sutur, fortlöpande sutur, omlott eller ända-till-ända ska tillämpas i samband med suturering av externa sfinktern. En förlossningsklinik skrev att randomiserade studier inte påvisar någon skillnad i resultat med överlappande teknik eller ända-till-ända, medan två andra förlossningskliniker presenterar att ”nyare data” talar för bättre resultat med överlappningsteknik i samband med reparation av sfinkterskada. Operatörens kompetens har enligt två kliniker en avgörande betydelse.

7.5 Komplikationer

7.5.1 Typ

Elva förlossningskliniker skrev om komplikationer i samband med sfinkterskada. Sex förlossningskliniker menade att ungefär 50 procent av alla patienter med total sfinkterskada får en perfekt kontinens framledes. Resterande får bestående besvär såsom gas- och avföringsläckage, samlagssmärta, smärta i underlivet, soiling och fekala trängningar. Även komplikation såsom framfall kan uppstå. Kvinnor med sfinkterskada som redan under BB-tiden besväras av avföringsinkontinens löper högre risk att få bestående men. En påföljande vaginal förlossning kan förvärra besvären. Samma kliniker menade att de flesta kvinnor inte har nämnvärda besvär av sin sfinkterskada, oberoende av grad. Sfinkterskadan läker som regel väl.

7.5.2 Behandling

Sårinfektion ses sällan hos kvinnor som drabbats av sfinkterskada och behandlas enligt rutin hos ett flertal förlossningskliniker med antibiotika och vid behov sårrevision. Komplikationer så som infektion, abscess, fistlar och kloak behandlas med revision, dränage, tarmavlastning respektive kirurgisk korrektion enligt individuell handläggning av kolorektalkirurg.

7.6 Dokumentation

7.6.1 Journalen

Fem förlossningskliniker tog upp hur sfinkterskadan ska dokumenteras. Enligt två förlossningskliniker ska skriftlig dokumentation i journalen göras så noggrant som möjligt. De delar som ska finnas med i dokumentationen är bland annat kvinnans förlossningsställning där positionerna ska anges. Vidare bör typ av eventuell smärtlindring finnas med i dokumentationen. I dokumentationen ska det även framgå om och vilken form av perinealskydd som utövats; varma handdukar i perineum, stöd i perineum, eller vilken typ av handgrepp som barnmorskan tillämpat. Perineums beskaffenhet det vill säga om vävnaden är tunn, eftergivlig, oeftergivlig, svullen, vitnande eller tjock bör dokumenteras. Vid perineotomi, ska det vara angivet om klippet är lagt lateralt eller medialt. I dokumentationen ska det antal timmar som kvinnan varit fullvidgad finnas angivet, samt huruvida kvinnan erhållit laxantia eller inte. Vid operation av sfinkterskada är det viktigt att ange gradering och beskriva skadan i operationsberättelsen. Omfattningen av sfinkterskadan bör framgå det vill säga extern, partiell, total eller om misstanke på inre sfinkterskada finns.

7.7 Läkemedel

7.7.1 Smärtlindring

Sexton förlossningskliniker tog upp smärtlindring i samband med sfinkterskada. Två förlossningskliniker rekommenderade kombinationen paracetamol och ibuprofen som smärtlindring till kvinnor som drabbats av sfinkterskada. Övriga 13 förlossningskliniker föreslog kombinationen paracetamol och diklofenak ibland i kombination med Naproxen. Om kvinnan har blött mer än två liter i samband med förlossning med sfinkterskada, ges istället tablett Citodon. Två av 16 förlossningskliniker skriver att vid behov kan TENS och akupunktur vara ett alternativ till farmakologisk smärtlindring. Farmakologisk smärtlindring kan kompletteras med isbinda. Se även *bilaga 2* för exakt beskrivning av smärtlindring i samband med sfinkterskada.

7.7.2 Antibiotika

Tjugotvå förlossningskliniker rekommenderade vilken typ av antibiotikabehandling kvinnan ska erhålla i samband med sfinkterskada. Vid tre förlossningskliniker angavs antibiotikaproylax vid fördröjd suturering av sfinkterskadan mer än två timmar. Sju förlossningskliniker gavs antibiotikaproylax vid fördröjd suturering av sfinkterskada mer än åtta timmar. Vid 14 förlossningskliniker gavs antibiotikaproylax vid grad IV skada. Vid en klinik gavs ibland antibiotika och då efter att läkaren gjort en individuell bedömning av patienten. Se även *bilaga 3* för beskrivning av antibiotika i samband med sfinkterskada.

7.7.3 Laxantia

Tjugosju förlossningskliniker beskrev tidpunkt och i vilken form av laxantia som bör ges till kvinnor som vid förlossning drabbats av sfinkterskada, se även *bilaga 4* för detaljerad beskrivning.

7.8 Den nyförlösta kvinnan

7.8.1 Undersökningar

Åtta förlossningskliniker tog upp undersökningar i samband med sfinkterskada. Enligt riktlinjen från en förlossningsklinik ska perineum inspekteras en gång under vårdtiden av läkare. Läkaren ska då vara uppmärksam på om kvinnan har infektionstecken eller hematom i underlivet relaterat till sfinkterskadan. Palpation av vaginas nedre del kan göras av läkaren,

men rektalundersökning bör undvikas. Under vårdtiden skall barnmorskan vara observant på infektionstecken från sfinkterskadan. Sex förlossningskliniker angav att kvinnans perineum ska inspekteras före hemgång. Sårinspektion görs av barnmorska och vid behov kontaktas läkare, till exempel vid misstanke om infektion eller sårruptur.

7.8.2 Information

Nitton förlossningskliniker skrev om information som gavs till den nyförlösta kvinnan i samband med sfinkterskada. Vid fem förlossningskliniker informerades kvinnor som drabbats av sfinkterskada muntligt och skriftligt av barnmorska alternativt läkare. Informationen till kvinnan handlar om vad sfinkterskada innebär och vilka konsekvenser hon kan få av skadan. Fem förlossningskliniker skrev att skriftlig information ska lämnas ut till kvinnan. Informationen handlade om att det kan ta upp till två månader innan värk och ömhet i underlivet försvinner, samt att det vid sfinkterskada finns risk för att kvinnan drabbas av gas- och avföringsinkontinens.

7.8.3 Träning

Sju förlossningskliniker skrev att regelbunden träning med lättare knipövningar kan försiktigt påbörjas så fort smärtan har släppt. Två förlossningskliniker angav att regelbunden träning med kraftigare knip kan påbörjas efter fyra veckor.

7.8.4 Nutrition och elimination

Fem förlossningskliniker skriver att risken för förstoppning minskas genom att rekommendera kvinnan att äta normal, fiberrik kost och dricka rikligt med vätska från första dagen efter förlossningen. Sex förlossningskliniker angav att det är önskvärt att kvinnan tömmer tarmen innan hemgång. Kvinnan ska tillfrågas om hon har kontroll på gas och avföring samt informeras om att inte vara rädd för tarmtömning. Enligt två riktlinjer ska kvinnan uppmuntras att bejaka sin defekationsreflex för att undvika att avföringen blir fast och frestar på sfinkterplastiken. Fyra förlossningskliniker skrev att allmänna hygienråd ska ges till kvinnan såsom dusch av perineum med vatten efter varje toalettbesök och att byta binda ofta.

7.9 Uppföljning

7.9.1 Läkare

Uppföljning hos läkare presenterades i 16 riktlinjer. Vid fem förlossningskliniker planerades återbesök till läkare in fyra till tio veckor efter förlossningen. Återbesöket sker då på mödravårdscentralen och planeras in hos den läkare som efter förlossningen åtgärdade sfinkterskadan. Läkning av sfinkterskadan, bäckenbotten och eventuella kvarstående besvär bedöms vid återbesöket. Om kvinnan vid återbesöket har kvarstående besvär efter sfinkterskadan görs en ny läkarbedömning efter ytterligare sex månader. Kvinnor med sfinkterskada följs vid två förlossningskliniker upp av läkare på mödravårdscentral tre månader efter förlossningen. Återbesök till läkare sker hos elva förlossningskliniker sex månader efter förlossningen. Återbesöket sker då på gynmottagning alternativt på specialistmödravårdscentral eller mödravårdscentral hos den läkare som vid förlossningen åtgärdade sfinkterskadan. Om kvinnan vid återbesöket har besvär i form av urin-, gas- och/eller avföringsinkontinens, soiling eller dyspareni remitteras hon enligt sju riktlinjer vidare till bäckenbottencentrum, kolorektalkirurg, anorektalfysiolog, gastroenterolog eller kirurgkliniken för bedömning, vidare utredning och behandling.

7.9.3 Barnmorska

Nio förlossningskliniker skrev att uppföljning av barnmorska ska ske efter sfinkterskada. Tre riktlinjer angav att sedvanlig efterkontroll hos barnmorska görs sex till åtta veckor efter förlossningen. Vid efterkontrollen frågar barnmorskan kvinnan om hon besväras av eventuella underlivsbesvär. I tre riktlinjer framkom det att efterkontroll hos barnmorskan på barnmorskemottagningen eller mödravårdscentralen sker tio till tolv veckor efter förlossningen. Om inga kvarstående besvär existerar, är ingen ytterligare uppföljning nödvändig. Om besvär framkommer, remitteras kvinnan till gynekologiska mottagningen för sexmånaderskontroll. Vid sfinkterskada av grad I och II, rekommenderas återbesök till mödravårdscentralen vilket två förlossningskliniker beskriver. Vid uttalade besvär av skadan kontaktar barnmorskan läkare på mödravårdscentralen för uppföljning. Vid partiell och total sfinkterskada planeras enligt två riktlinjer efterkontroll på kontinensmottagningen hos barnmorska sex till åtta veckor efter förlossningen. Förekomst av både gas-, avförings- och urininkontinens ska då efterfrågas. Enligt två riktlinjer sker telefonuppföljning efter förlossningen och om nödvändigt, genomför barnmorskan en bedömning av kvinnan med avseende på läkning, knipförmåga och muskeltonus i sfinktern. Tre förlossningskliniker skrev

att eventuella yttre suturer kan tas fem till sju dagar efter operation vilket bör ske hos barnmorskan på mödravårdscentralen eller BB-mottagning.

7.9.4 Sjukgymnast

Sexton förlossningskliniker omnämnde uppföljning hos sjukgymnast. Enligt en klinik kunde sjukgymnasten redan på BB erbjuda kvinnan bäckenbottenträning enligt ett speciellt träningsprogram. Vid tre kliniker fick kvinnor med total sfinkterskada remiss till sjukgymnastavdelning vid utskrivning från förlossning eller BB. Om kvinnan har svårt att hitta knipfunktionen vaginalt eller rektalt vid återbesök hos läkare, får hon tid för uppföljning enligt två riktlinjer hos sjukgymnast för att förebygga framtida problem. Två förlossningskliniker skrev att sjukgymnast följer upp alla kvinnor fram till det att god funktion återställts. Sjukgymnasten tar kontakt med bäckenfunktionsenheten vid behov. Om kvinnan har kvarstående inkontinens vid återbesök hos barnmorska åtta till tolv veckor efter förlossning, skriver barnmorskan remiss till sjukgymnast för knipträning. Besöket hos sjukgymnast ska enligt två riktlinjer planeras in inom tre till sex månader. Vid fortsatt kvarstående inkontinens eller andra besvär efter sex månader ska sjukgymnasten uppmana kvinnan att boka läkartid. Vid påtagliga subjektiva besvär, erbjuds kvinnan återbesök vid cirka sex månader efter förlossning och får då eventuellt en remiss till kirurgkliniken.

7.9.5 Uroterapeut

Åtta förlossningskliniker tog upp att kvinnor som drabbats av sfinkterskada ska följas upp av uroterapeut. Två förlossningskliniker skrev att uppföljning vid sfinkterskada sker hos uroterapeut två månader efter förlossning för bäckenbottenträning och kontroll av sfinkterfunktion. Vid partiell och total sfinkterskada, planeras efterkontroll på kontinensmottagning hos uroterapeut sex till åtta veckor efter förlossning. Då efterfrågas om kvinnan besvär av gas-, avförings- och urininkontinens. En bedömning av läkning, knipförmåga och rektal tonus görs i samband med återbesöket. Om kvinnan har avföringsinkontinens eller besvärande gasinkontinens får hon tid för uppföljning efter ytterligare sex månader hos uroterapeut.

7.9.6 Kontinensmottagning

Två förlossningskliniker omnämnde att kvinnor som drabbats av sfinkterskada ska följas upp på kontinensmottagning. Kvinnor som uppvisar nedsatt sfinkterfunktion i samband med läkarbesök tre månader efter förlossningen, skall remitteras till kontinensmottagning för träning. Läkare skall skicka remiss till kontinensmottagningen för uppföljning av sfinkterskada. Remiss skrivs för alla kvinnor med omfattande bäckenbottensskador.

7.10 Kommande graviditet och förlossning

7.10.1 Handläggning

Tjugo förlossningskliniker beskrev hur kommande graviditet och förlossning bör handläggas. I fem förlossningskliniks riktlinje framkom det att ett ställningstagande görs till förlossningssätt vid en eventuell framtida graviditet om möjligt i samband med återbesök sex månader efter förlossningen. Alternativt görs ett ställningstagande vid läkarbesök till specialist på mödravårdscentralen eller på specialistmödravårdscentralen i samband med nästkommande graviditet, för att diskutera förlossningssätt. En riktlinje angav att kvinnor som tidigare drabbats av sfinkterskada ska, inför en kommande förlossning, bedömas med avseende på sfinkter- och perinealfunktion.

7.10.2 Kejsarsnitt

I en riktlinje rekommenderades kvinnor som haft upprepade sfinkterskador, kvinnor som reopererats på grund av sin sfinkterskada, har analinkontinens eller väntar ett barn med förväntad vikt mer än 4500 gram planerat kejsarsnitt vid nästa förlossning. Vid en förlossningsklinik rekommenderas kejsarsnitt som förlossningssätt i samband med kommande graviditet om kvinnan har någon grad av kvarvarande besvär av sin sfinkterskada efter tolv månader. Beträffande eventuell kommande förlossning rekommenderas vid tio förlossningskliniker kejsarsnitt om kvinnan haft uttalade besvär under lång tid efter förlossningen, om kvarstående besvär av analinkontinens föreligger eller där det finns risk för att en ny vaginal förlossning kan förvärra skadan. Vid två förlossningskliniker innebär oftast grad IV-skada kejsarsnitt som förlossningssätt vid nästkommande graviditet. Vid sju förlossningskliniker talar tidigare rektalbristning, övergående men långvarig analinkontinens, kvarstående analinkontinens eller tidigare opererad för analinkontinens med sfinkterplastik för att kvinnan förlöses med planerat kejsarsnitt vid kommande förlossning.

7.10.3 Vaginalt

Sju förlossningskliniker tog upp i sina riktlinjer att kvinnor med tidigare sfinkterskada kan vid en andra förlossning föda vaginalt, om hon inte besväras av analinkontinens och om palpatorisk god knipförmåga i sfinktern finns. Kvinnor som är besvärs- och symtomfria kan föda vaginalt såvida inte speciella riskfaktorer föreligger. Vid behov av instrumentell förlossning bör kejsarsnitt övervägas då vakuumentextraktion ger ökad risk för återupprepning av sfinkterskada. Det är i samband med förlossningen viktigt att kvinnan får ett bra perinealskydd. En förlossningsklinik skrev att individuell bedömning i varje enskilt fall mellan läkare och den gravida kvinnan ska göras.

7.11 Formalia

7.11.1 Mål och syfte

Fyra förlossningskliniker hade utformat mål och syfte med sina riktlinjer angående sfinkterskada. Två förlossningskliniker hade som mål att andelen sfinkterskador i regionen ska vara mindre än två procent. Samma förlossningsklinik hade som mål att i samband med instrumentell förlossning minska antalet sfinkterskador från 17 procent till tio procent. Enhetlig behandling ska ges till kvinnor som drabbats av sfinkterskada i samband med förlossning. Syftet var att på förlossningen i samband med sfinkterskada ställa rätt diagnos, ge kvinnan fullgod smärtlindring och att skadan ska sys korrekt av erfaren läkare. God omvårdnad före och under operation ska ges till kvinnan. En förlossningsklinik har som mål att personalen på BB ska främja god läkning, se till att kvinnan har en fullgod smärtlindring och främja normal sfinkterkontroll.

7.11.2 Sfinkterprotokoll och rapportblad om sfinkterskada

Sexton förlossningskliniker hade bilagor till sina riktlinjer i form av sfinkterprotokoll eller rapportblad om sfinkterskada.

7.11.3 Statistik

Två förlossningskliniker tog upp statistik i sina riktlinjer. En förlossningsklinik angav att prevalensen för sfinkterskada i samband med vaginal förlossning var en till fem procent medan en annan förlossningsklinik angav sfinkterskada som komplikation vid två till tre procent av alla vaginala förlossningar.

7.11.4 Referenser

Nio förlossningskliniker angav referenser till sina riktlinjer. En förlossningsklinik refererade till vårdprogram för obstetriska sfinkterskador medan två andra förlossningskliniker angav ARG-rapport som referens. Två riktlinjer angav vetenskapliga artiklar samt ett kurstillfälle som referens. SFOG:s rapport nummer 46 (SFOG, 2001) hänvisade fyra förlossningskliniker till. En förlossningsklinik refererade i sina riktlinjer till; Prevention, diagnostik och behandling av obstetriska sfinkterskador i Stockholms Läns Landsting (2008). Sammanfattningsvis angavs referenserna som separat text i alla de nio riktlinjerna gällande sfinkterskada i samband med förlossning.

8. Diskussion

8.1 Sammanfattning av huvudresultatet

Trettioen av de 39 förlossningskliniker som svarade hade riktlinjer angående sfinkterskada i samband med förlossning. I dessa framkom att i arbetet med prevention av sfinkterskada ska riskfaktorer om möjligt undvikas. Läkaren ställde diagnos och utförde reparation av sfinkterskada grad III och IV. Komplikationer så som samlagssmärta, soiling, fekala trängningar samt gas- och avföringsläckage i samband med sfinkterskada fanns beskrivet. Paracetamol och diklofenak var den vanligaste förekommande kombinationen av smärtlindring. Profylax så som antibiotikabehandling och laxantia i samband med sfinkterskada gavs av de flesta kliniker. Uppföljning av sfinkterskada hos läkare, barnmorska och sjukgymnast sågs hos en majoritet av klinikerna, tidpunkten varierade mellan fyra veckor till sex månader. Överlag hade riktlinjerna liknande innehåll och var uppbyggda på samma sätt. Många förlossningskliniker beskrev i sina riktlinjer bland annat riskfaktorer, perinealskydd, läkemedel och sutureringsteknik. Här sågs stora likheter mellan förlossningsklinikerna. Skillnaderna låg i tidpunkt för återbesök, till vilken specialistläkare återbesöket skulle ske och handläggningen vid kommande graviditet och förlossning.

8.2 Resultatdiskussion

Totalt 31 riktlinjer från Sveriges 47 förlossningskliniker analyserades. Tolv förlossningskliniker tog upp riskfaktorer relaterade till graviditet och 13 förlossningskliniker tog upp riskfaktorer relaterat till förlossningsförlopp. Vanligast förekommande riskfaktorn var förstföderska som hade betydelse för att drabbas av sfinkterskada. Även stort barn, perinealt ödem, avsaknad av eller bristfälligt perinealskydd och långt utdrivningsskede visade sig vara

riskfaktorer. Enligt SFOG (2001) ger perinealt ödem, utdrivningsskede mer än 30 minuter, instrumentell förlossning och perineotomi en ökad risk för att drabbas av sfinkterskada.

En prospektiv observationsstudie som utfördes i England med 2754 deltagande kvinnor visade att instrumentell förlossning med tång, förlängt utdrivningsskede och stort barn var riskfaktorer för att drabbas av sfinkterskada. Studien visade även att förstföderskor löpte större risk för att drabbas av sfinkterskada jämfört med omföderskor. Antalet kvinnor med intakt perineum vid förlossning var hos förstföderskor 9,6 procent och bland omföderskor 31,2 procent (Smith, Price, Simonite & Burns, 2013). Stor del av sfinkterskador inträffar vid den första förlossningen. Orsaken till detta kan vara att perineum är relativt oelastiskt hos förstföderskor. Även barnets bjudning och storlek är en riskfaktor. Ett samband mellan barnets vikt och sfinkterskador finns, då riskvikt avser barn som väger mer än 4,5 kilogram (SFOG, 2001).

I en retrospektiv kohortstudie utförd av Hoogsteder och Pijnenborg (2010) utvärderades vaginala förlossningar och visade att funduspress var den största riskfaktorn för kvinnan att drabbas av sfinkterskada. I 5,9 procent ($n=39$) av 661 fall tillämpades funduspress i samband med utdrivningsskedet. Studiens resultat visade att risken för att drabbas av sfinkterskada grad III och IV var 28,1 procent hos kvinnor som erhöll funduspress i samband med förlossning, jämfört med 3,7 procent av de kvinnor som inte erhöll funduspress. Studien visade att funduspress vara den signifikant största riskfaktorn för att drabbas av sfinkterskada grad III och IV jämfört med andra riskfaktorer så som förstföderska, förlängt utdrivningsskede, perineotomi och sugklocka. Författarna till föreliggande fördjupningsarbete anser att det i den kliniska verksamheten är av stort värde att vara medveten om och identifiera riskfaktorer för att förhindra att sfinkterskada uppstår. Fjorton av 31 förlossningskliniker omnämnde riskfaktorer i sina riktlinjer. Det kan tyckas anmärkningsvärt eftersom det är av stor vikt att barnmorskan är medveten om de riskfaktorer som finns i arbetet med att förebygga sfinkterskador. Författarna vill dock tillägga det finns barnmorskor i den kliniska verksamheten som saknar medvetenhet i ämnet.

Sju förlossningskliniker skrev om perinealskydd i sina riktlinjer. I fördjupningsarbetets resultat framkom att det vid vaginal förlossning är viktigt att kvinnan förlöses med perinealskydd. En förlossningsklinik menade i sina riktlinjer att grundläggande för perinealskydd är att barnmorskan håller emot och styr barnets huvuds framfödande. Förlossningskliniken skrev i riktlinjen att vilken typ av metod som då används har troligtvis ingen betydelse.

Jönsson, Elfaghi, Rydhström och Herbst (2008) undersökte om Ritgens handgrepp kunde minska risken för att drabbas av sfinkterskada grad III och IV jämfört med manuellt perinealskydd. Ettusensexhundraotjugotre kvinnor deltog i studien och blev slumpvis tilldelade Ritgens handgrepp eller manuellt perinealskydd. Resultatet visade att förekomsten av sfinkterskada grad III och IV, var 5,5 procent hos de kvinnor som fick perinealskydd med hjälp av Ritgens handgrepp jämfört med 4,4 procent hos de kvinnor som förlöstes med manuellt perinealskydd.

I en annan studie delades 99 kvinnor in i tre grupper, en grupp fick perinealskydd i form av Ritgens handgrepp i samband med förlossning, den andra gruppen fick inget perinealskydd där hade barnmorskan händerna på ryggen så kallad "hands-off" och i den tredje gruppen fick de födande kvinnorna perinealmassage. Frekvensen på sfinkterskada och perineal smärta kontrollerades 24 timmar samt sex veckor efter förlossning hos de tre grupperna. En signifikant skillnad av sfinkterskador och perineal smärta kunde ses i gruppen där Ritgens handgrepp tillämpades jämfört med de andra två grupperna. Hos de kvinnor där Ritgens handgrepp tillämpades sågs att antalet sfinkterskador samt perineal smärta var högre än i de andra två grupperna (Fahami, Shokoohi & Kianpour, 2012).

Manuellt perinealskydd är en viktig profylax. Fördelen med perinealskydd är att barnmorskan får en god kontroll av förlossningsförloppet, passagen av barnets huvud genom bäckenbotten och barnets huvuds genomskärning av perineum. Mjukdelarna tillåts tänjas successivt och manuellt perinealskydd leder till att barnmorskan får bra överblick över perineum vid framfödandet av barnets huvud och axlar. Detta leder till att sfinkterskador förebyggs (SFOG, 2001). Vid två olika tillfällen på ett norskt sjukhus jämfördes förekomsten av sfinkterskada, före och efter införandet av ett utbildningsprogram för barnmorskor och obstetriker gällande perinealskydd. Incidensen reducerades med 50 procent efter att personal utbildats och rutiner för perinealskydd införts på sjukhuset. Perinealskydd är en billig metod som inte kräver extra

resurser eller instrument förutom utbildning av personal (Laine, Skjeldestad, Sandvik & Staff, 2012). Författarna till fördjupningsarbetet anser att det är viktigt att redan på studentnivå vara medveten om perinealskyddets betydelse för att den födande kvinnan inte ska drabbas av sfinkterskada. Vidare så står författarna till fördjupningsarbetet kritiska till Fahami, Shokoohi och Kianpour studie från 2012. Reliabilitet för studien är låg på grund av urvalsgruppen låga antal ($n=99$) och resultatet kan därför ifrågasättas.

Att barnmorskans interaktion med hjälp av Ritgens handgrepp skulle förvärra komplikationerna för den födande kvinnan jämfört med att barnmorskan står passiv vid utdrivningsskedet, tycker författarna till fördjupningsarbetet är uppseendeväckande och står därför kritisk till studiens validitet. Få kvinnor deltog i den iranska studien, ändock visar den på att just Ritgens handgrepp som perinealskydd i samband med förlossning inte bör tillämpas.

I resultatet av fördjupningsarbetet framkom att undersökning av sfinktern med bimanuell palpation utförd av barnmorska eller läkare ska göras efter alla vaginala förlossningar. Noga kartläggning av skadan, gärna tillsammans med barnmorskekollega var mycket viktigt. Vidare framkom det i resultatet att om bristning efter förlossning uppstått som involverar sfinktern ska läkare tillkallas för bedömning av skadan. SFOG (2001) skriver i en rapport att diagnostiken av sfinkterskada är svår men mycket viktig. Vid stora skador är det bra att ge kvinnan adekvat bedövning för att sedan fortsätta med diagnostiken. En missad eller felaktigt suturerad sfinkterskada kan få svåra konsekvenser med inkontinens som följd. Palpation är nödvändig och är den viktigaste undersökningen.

En studie av Stevenson (2010), visade att den sammanlagda kliniska bedömningen av skadan före och efter sutureringen var de optimala tillfällena för bedömning och diagnostisering av sfinkterskadan. Klinisk bedömning genom rektal palpation som genomförs av en erfaren person ska vara ett obligatorium efter varje vaginal förlossning. I synnerhet om kvinnan vid tidigare tillfälle drabbats av sfinkterskada. Författarna till fördjupningsarbetet anser att det är väsentligt att barnmorskan har en förståelse och god kunskap över bäckenbottens anatomi och med hjälp av det ha förmåga att bedöma om sfinktern är involverad i perinealskadan. Vid tveksamhet ska hjälp uppsökas hos kollegor med mer kunskap och erfarenhet. Vidare anser författarna till fördjupningsarbetet att kontinuerlig utbildning med klinisk praktik i bedömning av sfinkterskada borde vara ett obligatorium vid varje förlossningsklinik. Då tillfälle ges är

det bra om barnmorskan kan vara med på operationsavdelningen och assistera läkaren vid reparation av sfinkterskada vilket författarna tror kan öka barnmorskans kunskaper och färdigheter gällande sfinkterskador.

De inkluderade förlossningsklinikerna använde olika suturerings tekniker och suturmaterial. Tio förlossningskliniker omnämner ända-till-ända och omlott, som suturerings teknik. En förlossnings klinik skrev att randomiserade studier inte påvisar någon skillnad i resultat med omlotteknik jämfört med ända-till-ända, medan två andra kliniker presenterar att ”nyare data” talar för bättre resultat vid omlott suturerings teknik. Till dessa påståenden saknas dock referens.

Vidare framkom att operatörens kompetens är av betydelse vid reparation av sfinkterskada. Den interna sfinktern skulle sutureras tillsammans med den externa sfinktern i samband med total sfinkterskada. I en riktlinje går det att läsa att om interna sfinktern är skadad ska den sys separat. I nio andra riktlinjer omnämns huruvida externa sfinktern ska sutureras. Men där anges inte om externa sfinktern ska sutureras separat eller tillsammans med den interna sfinktern. Rygh och Kröner, (2010) beskriver i en norsk studie att suturerings teknikerna omlott jämfört med ända-till-ända vid reparation av sfinkterskada inte var av betydelse. I Stevensons studie (2010) ansågs operatörens kompetens ansågs vara avgörande vid suturering av sfinkterskada. Lindqvist och Jernetz studie (2010) visade att risken för komplikationer i samband med sfinkterskada mer än halveras om externa och interna sfinktern sys var för sig med rätt suturerings teknik.

Sex förlossningskliniker beskrev besvär till följd av sfinkterskada kunde vara gas- och avföringsläckage, samlagssmärta, smärta i underlivet, soiling och fekala trängningar. En riktlinje angav att dessa komplikationer förekommer hos 50 procent av de kvinnor som drabbats av total sfinkterskada. I tre riktlinjer gick att läsa att en kommande vaginal förlossning kan förvärra besvären. Det är viktigt att sår läkningen blir optimal. Att optimera kvinnans läkningsprocess direkt efter förlossningen har en symtom lindrande effekt och bidrar till att minska kvinnans besvär på längre sikt. Enligt SFOG (2001)´s rapport har upp till 32 procent av de kvinnor som drabbats av sfinkterskada bestående symtom av anal inkontinens.

Luthander, Emilsson, Ljunggren och Hammarström (2010) menade att anal inkontinens var vanligt förekommande hos kvinnor som vid förlossningen drabbats av analsfinkterskada men förekommer även i viss utsträckning hos kvinnor som fött vaginalt utan kända bristningar. Enligt Johnson, Thakar och Sultan (2013) är de symtom som kan yttra sig som komplikation till sfinkterskadan är smärta i perineum, feber eller varbildning. I en australiensisk studie av Tan, Ruane och Sherburn (2013), visade att de konsekvenser som kan uppstå relaterat till sfinkterskador var anal inkontinens, perineal smärta samt dyspareuni, det vill säga samlagssmärta. Studien visade att aktiv vila, isbinda, tryckförband, högläge och bäckenbottenträning optimerar återhämtningen av perinealvävnaden efter reparation av sfinkterskada. För bästa resultat i återhämtandet av sfinkterskada, visade studien att bäst resultat uppnås med hjälp av tvärprofessionellt samarbete inom kvinnoklinik och mödravård. Författarna till fördjupningsarbetet anser att cirka en tredjedel av de kvinnor som drabbats av anal inkontinens till följd av sfinkterskada, är en hög siffra. Siffran pekar på vikten av att barnmorskan ska vara medveten om perinealskyddets betydelse för att förhindra sfinkterskada och därmed anal inkontinens. Kan detta bero på att den förlösande barnmorskan missat att kvinnan fått en skada som involverar sfinktern eller kan detta ha att göra med en annan faktor?

Tjugotvå förlossningskliniker tog i sina riktlinjer upp antibiotikabehandling i samband med sfinkterskada. Antibiotika som profylax gavs vid 18 förlossningskliniker i samband med sfinkterskada. En randomiserad kontrollerad studie av Buppasiri, Lumbiganon och Thinkhamrop (2010) undersökte om antibiotikabehandling i förebyggande syfte i samband med sfinkterskada var av betydelse. Kvinnor med sfinkterskada grad III eller IV efter vaginal förlossning inkluderades i studien. Kvinnorna delades in i två grupper. En behandlingsgrupp där kvinnor som drabbats av sfinkterskada fick antibiotika i förebyggande syfte och en kontrollgrupp där kvinnor med sfinkterskada av grad III eller IV inte behandlades med antibiotika. Kvinnorna följdes upp två veckor efter förlossningen. En Cochrane-rapport av Buppasiri, Lumbiganon och Thinkhamrop (2010) visade att i behandlingsgruppen hade 8,2 procent av kvinnorna fått komplikationer så som infektion med feber och smärta i underlivet medan, det i kontrollgruppen var 24,1 procent som drabbats av dessa komplikationer. Författarna till fördjupningsarbetet är positiva till att antibiotikabehandling som profylax då kvinnan drabbats av sfinkterskada grad III eller IV.

Fem av de 31 inkluderade klinikerna i föreliggande studie omnämner dokumentation. Skriftlig dokumentation i journalen skulle göras så noggrant som möjligt. I dokumentationen skulle i bakgrunden till fördjupningsarbetet vilken form av perinealskydd som utövades. Socialstyrelsen (2013) skriver att sfinkterskada av tredje och fjärde graden skiljer sig åt i landet, där Södersjukhuset i Stockholm med 5.7 procent är högst i landet och Höglanssjukhuset i Eksjö har läst antal, 1,6 procent.

En svensk intervjustudie av Lindberg, Mella och Johansson (2013) visade att barnmorskor misstänker brister i kollegornas rapporteringar av sfinkterskador. Det framkom att barnmorskorna själva utför sutureringen och dokumenterar därefter inte sfinkterskadan. Anledningen var att barnmorskorna inte ville att deras fall ska komma med i statistiken, vilket också kan försvåra spårningen till den aktuella barnmorskan. En annan orsak var att det finns en stigmatisering och skam hos barnmorskor i att den förlösta kvinnan drabbats av sfinkterskada. Orsaken till skammen var att barnmorskan känner sig otillräcklig för att hon inte lyckats förebygga kvinnans sfinkterskada i den mån barnmorskan trott och hoppats på. Barnmorskan har vetskapen om hur svårt och plågsamt det kan vara för kvinnan att leva med sfinkterskada som leder till smärta och eventuell anal inkontinens. Trots detta sker en underrapportering av sfinkterskador. Författarna till fördjupningsarbetet anser att om det här problemet är stort kan detta innebära osäkerhet i utfallet av Socialstyrelsens statistik överlag. Lindberg, Mella och Johansson (2013) kan samtidigt styrka aktualiteten i ämnet eftersom det verkliga antalet sfinkterskador sannolikt är högre än det som rapporteras. Vidare tror författarna till fördjupningsarbetet att brister i dokumentation och rapportering kan vara en orsak till att antalet sfinkterskador av grad III eller IV skiljer sig åt i landet.

Tjugonio förlossningskliniker beskrev uppföljningen hos läkare, barnmorska, sjukgymnast, uroterapeut och kontinensmottagning. Tidpunkten för uppföljning varierade från fyra veckor till sex månader efter förlossningen. Författarna till fördjupningsarbetet anser att det borde finnas nationella riktlinjer angående uppföljning av III- och IV gradens sfinkterskada. Det skulle innebära att kvinnor som drabbats av sfinkterskada, oavsett var i landet de befinner sig, får vård och uppföljning på lika villkor. Vidare har författarna till fördjupningsarbetet uppmärksammat att i förlossningsklinikernas riktlinjer, finns angivet att uppföljning av kvinnan sker tvärprofessionellt med fokus på kvinnans fysiologiska funktion. Uppföljning hos kurator eller psykolog saknas. De komplikationer som kan uppstå till följd av sfinkterskada såsom perineal smärta och anal inkontinens, är känt att påverka kvinnans fysiologiska

funktion men kan även ha in inverkan på kvinnans psykosociala situation. I kombination med omhändertagandet av sin nyförlösta baby, kan detta starta en ond cirkel på det psykosociala planet, vilket kan behöva brytas med hjälp av kurators- eller psykologkontakt vid behov.

Tjugo förlossningskliniker skrev i sina riktlinjer hur kommande graviditet och förlossning bör handläggas. Sjutton förlossningskliniker rekommenderade kejsarsnitt som förlossningssätt vid nästa förlossning. Dock menar sju förlossningskliniker att en kvinna med tidigare sfinkterskada kan föda vaginalt såvida inte riskfaktorer finns. En andra vaginal förlossning kan enligt tre riktlinjer förvärra tidigare anal inkontinens. Önskan om att undvika vaginal förlossning igen ses hos kvinnor som vid sin första förlossning drabbats av sfinkterskada. Enligt Wegnelius och Hammarström (2011) vill många kvinnor bli förlösta med kejsarsnitt vid en eventuell andra förlossning. Författarna till fördjupningsarbetet anser att kvinnan inte ska övertalas till att föda vaginalt vid en eventuell kommande förlossning. Förlossningssätt ska väljas av kvinnan själv efter att hon fått god information om de risker och fördelar som finns gällande rekommenderade förlossningssätt.

Nio förlossningskliniker av 31 hade referenser angivna i sina riktlinjer. Orsaken till det kan vara att de eller den person som skrivit riktlinjerna kanske har utformat dem utifrån egna erfarenheter och tidigare inläring, varför referens saknas. Detta väckte hos författarna till studien frågan: Är författarna till riktlinjerna där referenser saknas uppdaterade vad gäller senaste forskning? Vidare står författarna till föreliggande fördjupningsarbete kritiska till i vilken utsträckning riktlinjerna är evidensbaserade, med tanke på att referenser saknas.

Författarna till fördjupningsarbetet anser att det borde finnas en nationell mall utarbetad för hur riktlinjer ska utformas och vad de bör innehålla. Innehållet i många av de granskade riktlinjerna är mycket omfattande. Ändå kan det tyckas att det i en del riktlinjer saknas väsentligt information såsom bland annat beskrivning av hur perinealskydd ska tillämpas och barnmorskans förebyggande arbete.

Vidare konstaterar författarna till fördjupningsarbetet att sfinkterskada och de komplikationer som medföljer kan ha en stor inverkan på livet för den drabbade kvinnan. Även om majoriteten av de kvinnor som genomgår en förlossning inte kommer att drabbas av sfinkterskada grad III eller IV, bör riskfaktorer uppmärksammas med hjälp av utbildning av personal utarbetade nationella riktlinjer. Ett mål i nationella riktlinjer kan vara att kvinnan ska upprätthålla normal sfinkterfunktion efter genomgången förlossning.

8.3 Metoddiskussion

Författarnas val av metod byggde på en genomförd översikt av de olika typer av design som fanns att tillgå. Då riktlinjer skulle granskas och sammanställas, kom författarna i samråd med handledaren fram till att en innehållsanalys med en kombination av en deduktiv och induktiv ansats var mest lämplig. Innehållsanalys kan enligt Elo & Kyngnäs (2007) användas med antingen kvalitativa eller kvantitativa data och på ett induktivt och/eller deduktivt sätt. Innehållsanalys som forskningsmetod är ett systematiskt och objektiva sätt att beskriva och kvantifiera fenomen samt ett sätt att analysera dokument. En deduktiv ansats är användbar om det allmänna syftet är att jämföra grupper och analysen baseras på tidigare kunskap i ämnet. Induktiv innehållsanalys används där det inte finns några tidigare studier i ämnet. Författarna till föreliggande fördjupningsarbete upplevde som nackdel att den valda analysmetoden var mycket tidskrävande vilket troligtvis berodde på att det insamlade materialet var oerhört omfattande. Analysen av riktlinjerna tog upp en större del av den tid som författarna avsatt för resultatskrivarprocessen. Författarna inser att med den erfarenhet de nu samlat på sig så skulle tidsplanen disponeras annorlunda.

För insamlandet av material, det vill säga riktlinjer, till studien skickades ett brev ut till alla Sveriges kvinnokliniker. Förfrågan gällde att få ta del av de befintliga riktlinjer som fanns angående sfinkterskada i samband med förlossning. Efter första förfrågan inkom inga svar, varpå en första påminnelse gjordes till samtliga förlossningskliniker. Författarna anser det anmärkningsvärt att ingen klinik uppmärksammade denna första förfrågan om att få ta del av befintliga riktlinjer angående sfinkterskada. Orsaken till detta spekulerar författarna om, flera faktorer kunde vara orsak; förfrågan kanske hamnade hos fel person, tidsbrist hos den som mottog förfrågan och eller ointresse för att delta i studien. En osäkerhet hos förlossningsklinikerna om var riktlinjerna skulle hamna och vilka som skulle ta del av dem kunde också ha funnits.

En första påminnelse gjordes via elektronisk post. En andra påminnelse till de förlossningskliniker som ännu inte, efter första påminnelsen, svarat gjordes via telefon av författarna själva. Kontakt med klinikerna har sökts på tre olika sätt, brevlades, per elektronisk post och via personlig telefonkontakt av författarna själva. Författarna spekulerade i om att sättet klinikerna kontaktades på kan ha varit av betydelse för utfallet av svarsfrekvensen. Kanske kan det vara så att brev och elektronisk post lättare läggs åt sidan för att mottagaren vid ett senare tillfälle ska ta tag i frågan och då lätt glöms bort. Personlig

telefonkontakt visades sig vara mycket effektivt för att samla in material. Den tillfrågade personen tog ofta tag i ärendet med detsamma och delgav författarna informationen via elektronisk post samma dag som telefonkontakten upprättats. Ett flertal förlossningskliniker angav vid den personliga telefonkontakten att den första förfrågan fallit i glömska. Det uppgavs även att den första förfrågan inte kommit fram till rätt person. Det visade sig att den rätta personen att tillfråga ofta var enhetschefen för förlossningskliniken och inte verksamhetschefen. Vid sista svarsdatum för inkommande svar saknade sju förlossningskliniker riktlinjer och två kliniker hade riktlinjer under utarbetning som de inte ville delge författarna. Totala svarsfrekvensen blev 83 procent, vilket av författarna anses vara bra. Andra liknande studier av Bröms och Låås (2011) samt Myrh och Nissas (2007) vid Högskolan Dalarna med syfte att granska riklinjer vid Sveriges förlossningskliniker, hade inte haft lika hög svarsfrekvens.

Ett omfattande material får Sveriges kvinnokliniker inkom. Många av riklinjerna var detaljerade och välutformade med ett gediget innehåll. Andra var mycket korfattade. Författarna till studien läste alla inkomna riktlinjer ett flertal gånger var för sig för att sedan tillsammans diskutera och reflektera över det huvudsakliga innehållet. Författarna skapade sig då en övergripande bild av hur riktlinjerna var utformade. Likheter och avvikande innehåll diskuterades sedan av författarna sinsemellan. En styrka analysprocessen var att de inkomna riktlinjerna tolkades av två personer tillsammans, detta anser författarna minskade risken för feltolkning av materialet.

Vidare tog författarna gemensamt fram koder och kategorier för att strukturera innehållet i riktlinjerna. Detta gjordes som en analystabell i ett Exceldokument för att enkelt kunna gå tillbaka och spåra upp vad respektive klinik hade för innehåll i sina riktlinjer. Det gick ganska snabbt att se likheter och skillnader i det insamlade materialet. Denna del av processen i studien tog längre tid än vad författarna räknat med. Men den var dock nödvändig och avgörande för att framställa riktlinjerna på ett trovärdigt och vetenskapligt sätt i resultatet. Dataanalysen resulterade i elva kategorier.

I det utskick som gjordes med en förfrågan om att få ta del av Sveriges kvinnoklinikers riktlinjer efterfrågades inte sfinkterprotokoll och patientinformation, dock inkom det från förlossningsklinikerna i stor utsträckning. Då författarna till studien i tidigt skede insåg att riktlinjernas innehåll var mycket omfattande skulle tid inte finnas att analysera de bilagor med sfinkterprotokoll och patientinformation som följde med riktlinjerna från Sveriges kvinnokliniker. Detta diskuterades i samråd med handledaren och ett gemensamt beslut fattades att exkludera dessa.

Efter att analystabellen upprättats skrev författarna gemensamt på den löpande text som kom att utgöra resultatet. Det föll sig naturligt att kategorier blev rubriker i resultatet. Koderna blev en del av den löpande texten i resultatet. Författarna till studien arrangerade en logisk ordning på kategorierna utefter hur riktlinjerna var utformade. Saklig information så som doser på smärtlindring, antibiotika och laxantia valdes att presenteras i separata bilagor då den löpande texten blev svår att läsa med detta omfattande innehåll.

När författarna till studien sökte vetenskapliga artiklar till bakgrunden och resultatdiskussionen fanns begränsat utbud material att hämta. En del av forskningen var utförd i Sverige och Norden, dessa artiklar inkluderades i första hand. Dock fanns ett visst intresse, från författarnas sida, för internationella artiklar då de kan bidra till ett bredare spektrum och en inblick i andra länders förlossningsvård gällande sfinkterskador. Artiklar som inte uppfyllde kraven för relevans till studien sållades bort. Författarna till studien valde att begränsa sökningen av vetenskapliga artiklar till de som publicerats de senaste sex åren det vill säga från och med år 2007. I bakgrunden valde dock författarna att inkludera en studie från år 2000. Majoriteten av den publicerade forskningen var från och med år 2008. Varpå författarna drog slutsatsen att forskning gällande sfinkterskada ligger i tiden.

Båda författarna anser att det har varit en fördel att arbeta i par under uppsatsskrivandet. Det har möjliggjort att författarna kunnat diskutera idéer, frågor och problem som uppstått på vägen. Vidare har materialet bearbetats av två personer vilket författarna anser vara positivt för trovärdigheten i resultatet.

8.4 Slutsatser

Trettioen av de förlossningskliniker som svarat på författarnas förfrågan om att få ta del av material, har riktlinjer angående sfinkterskador. Riktlinjerna som granskats hade till stor del liknande innehåll. Riskfaktorerna förstföderska, förlängt utdrivningsskede, stort barn och avsaknad av perinealskydd beskrevs. Det framkom i riktlinjerna att det är av stor vikt att den förlösande barnmorskan är medveten om de riskfaktorer som finns, då dessa har betydelse i det förebyggande arbetet av sfinkterskador. Viktigt är även barnmorskans kommunikation med den födande kvinnan och att hon utövar perinealskydd i samband med förlossning. Studiens resultat kan vara en bra källa till information för barnmorskor i det förebyggande arbetet av sfinkterskador. Författarna till fördjupningsarbetet efterlyser nationella riktlinjer angående omhändertagandet av kvinnor i samband med sfinkterskada. Nationella riktlinjer ger vård på lika villkor vilket i sin tur skulle kunna bidra till att skillnaderna i förekomst av sfinkterskador mellan sjukhusen minskar.

8.5 Förslag till vidare forskning

Förslag till vidare arbete är att med hjälp av en forskningsöversikt, utforma en nationell riktlinje gällande sfinkterskada. Författarna till ovanstående fördjupningsarbete tycker att en nationell riktlinje behövs för att erhålla god kvalitet av innehållet i Sveriges förlossningsklinikers riktlinjer och öka patientsäkerheten. Men även för att den födande kvinnan ska erhålla trygg, god och säker vård som är enhetlig i hela landet. En nationell riktlinje kan hjälpa barnmorskan i det förebyggande arbetet av sfinkterskada.

I samband med artikelgranskning till fördjupningsarbetet framkom det inom vilka områden avsaknad av forskning fanns, som till exempel perinealskyddets betydelse, kvinnans upplevelser av att drabbas av sfinkterskada samt dokumentation. Förslag till forskning är därför perinealskyddets betydelse för att förhindra sfinkterskada av grad III och IV genom en journalgranskning. Vidare är ett forskningsförslag att genom en kvalitativ intervjustudie beskriva kvinnans upplevelser av att drabbas av sfinkterskada.

8.6 Tillkännagivande

Författarna till föreliggande fördjupningsarbete vill tacka de förlossningskliniker som valt att bidra med sina befintliga riktlinjer gällande sfinkterskada.

9. Referenser

- Aasheim, V., Nilsen, A.B.V., Lukasse, M. & Reinar, L.M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane library*. doi: 10.1002/14651858.CD006642.pud2
- Bagade, P. & Mackenzie, S. (2010). Outcomes from medium term follow-up of patients with third and fourth degree perineal tears. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 30(6), 609-612.
- Betten R.A. & Kröner, H. (2010). The overlap technique versus end-to-end approximation technique for primary repair of obstetric anal sphincter rupture: a randomized controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 1256-1262. doi: 10.3109/00016349.2010.512073
- Bols, E.M., Hendriks, E.J., Bergmans, BC., Baeten, C.G., Nijhuis, J.G. & Bie, R.A. (2010). A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 19(1), 6-11.
- Bröms, A. & Låås, M. (2011). *Prevention av stora perinealbristningar vid Sveriges förlossningsavdelningar*. Hämtad 2013-05-31 från: <http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:519147/FULLTEXT01.pdf>
- Buppasiri, P., Lumbiganon, P. & Thinkhamrop, B. (2010). Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *The Cochrane Library*, 11, 1-18. doi: 10.1002/14651858.CD005125.pub3.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing Research Methodology*, 62(1), 107-115.
- Evers, E.C., Blomquist, J.L., McDermott, K.C. & Handa, V.L. (2012). Obstetrical anal sphincter and anal incontinence 5-10 years after childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(5), 425.e1-425.e6.
- Fahami, F., Shokoohi, Z. & Kianpour, M. (2012). The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 52-57.
- Fowler, G. (2010). Risk factors for and management of obstetric anal sphincter injury. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 20(8), 229-34.
- Gottvall, K., Allebeck, P. & Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: The importance of maternal position at birth. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114, 1266-1272. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x
- Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (2008). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

- Hals, E., Øian, P., Pirhonen, T., Gissler, M., Hjelle, S., Nilsen, E.B., Severinsen, A.M., Solsletten, C., Hartgill, T. & Pirhonen, J. (2010). A Multicenter Interventional Program to Reduce the Incidence of Anal Sphincter Tears. *Obstetrics and Gynecology*, 116(4) 901-908.
- Hoogsteder, P.H.J. & Pijnenborg, J.M.A. (2010). Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 281(3), 579-580.
- Högskolan Dalarna. (2008). *Forskningsetik*. Hämtad 2013-05-12 från: <http://www.du.se/sv/Forskning/Namnder-och-rad1/Forskningsetiska-namnden/Forskningsetik-/Falun>: Högskolan Dalarna.
- Johnson, A., Thakar, R. & Sultan, A.H. (2013). Obstetric perineal wound infection: is there underreporting? *British Journal of Nursing*, 21(5), 28-35.
- Jönsson, E., Elfaghi, I., Rydhström, H. & Herbst, A. (2008). Modified Ritgen's Maneuver for Anal Sphincter Injury at Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 112(2), 212-217.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.). (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Laine, K., Rotvold, W. & Saff, A-C. (2013). Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? – Large and consistent rupture rate variations between the countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 94-100. doi: 10.1111/aogs.12024
- Laine, K., Skjeldestad, F-E., Sandvik, L. & Staff, A-C. (2012). Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum. *BMJ Open*, 2. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001649
- Lindberg, I., Mella, E. & Johansson, J. (2013). Midwife's experiences of sphincter tears. *British Journal of Midwifery*, 21(1), 7-14.
- Lindgren, H., Brink, Å. & Klingberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears – Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11. doi: 10.1186/1471-2393-11-6
- Lindqvist, G. & Jernetz, M. (2010). A modified surgical approach to women with obstetric anal sphincter tears by separate suturing of external and internal anal sphincter. A modified approach to obstetric anal sphincter injury. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 10. doi: 10.1186/1471-2393-10-51
- Luthander, C., Emilsson, T., Ljunggren, G. & Hammarström, M. (2010). A questionnaire on pelvic floor dysfunction postpartum. *International Urogynecology Journal*, 22, 105-113. doi: 10.1007/s00192-010-1243-9

- Myhr, M. & Nissas, M. (2007). *Handläggning av urinretention postpartum: En kartläggning av Svenska förlossningsklinikers PM*. Hämtad 2013-05-30 från: <http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:518378/FULLTEXT01.pdf>
- Nationalencyklopedin. (2013). *Promemoria*. Hämtad 2013-08-13 från: [2013http://www.ne.se/kort/promemoria](http://www.ne.se/kort/promemoria) Malmö: Nationalencyklopedin.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Palm, A., Israelsson, L., Bolin, M. & Danielsson, I. (2012). Symptoms after obstetric sphincter injures have a little effect on quality of life. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 109-115. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01532.x
- Prager, M., Andersson, K-L., Stephansson O., Marchionni, M. & Marions, L. (2008). The incidence of obstetric anal sphincter rupture in primiparous women: a comparison between two European delivery settings. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87, 209-215. doi: 10.1081/00016340701832661
- Räisänen, S., Julkunen, K.V., Gissler, M. & Heinonen, S. (2011). High episiotomy rate protects from obstetric anal sphincter ruptures: A birth register-study on delivery intervention policies in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 457-463. doi: 10.1177/1403494811404276
- Samuelsson, E., Ladfors, L., Wennerholm, U.B., Gåreberg, B., Nyberg, K. & Hagberg, (2000) Anal sphincter tears: Prospective study of obstetric risk factors. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(7), 926-931.
- Smith, L.A., Price N., Simonite, V. & Burns, E.E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. doi: 10.1186/1471-2393-13-59
- Socialstyrelsen. (2012). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973-2010, bilaga 1*. Hämtad 2013-09-05 från: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IyifRGXHAq0J:www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18669/2012-4-2_Bilaga1.pdf+&cd=5&hl=sv&ct=clnk&gl=se Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011 – Assisterad befruktning 1991–2010*. Hämtad 2013-05-13 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-27> Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Riktlinjer*. Hämtad 2013-08-13 från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer> Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stevenson, L. (2010). Guideline for systematic assessment of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 498-501.

- Sundquist, J-C. (2012). Long-term outcome after obstetric injury. A retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 715-718. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01398.x
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. [SFOG]. (2001). *Anal inkontinens hos kvinnor: utredning och behandling. Rapport nr: 46*. Sjöberg, N-O. (red.). Östervåla: Elanders Tofters.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG]. (2010). *Diagnoshandbok för kvinnosjukvården*. Stockholm: Elanders.
- Tan, J-L., Ruane, T. & Sherburn, M. (2013). The role of physiotherapy after obstetric anal sphincter injury: An overview of current clinical practice. *Australian and New Zealand Continence Journal*, 19(1), 6-11.
- Trinh, A.T., Khambalia, A., Ampt, A., Morris, J.M., Robert, C.L. (2013). Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: Support for a change in obstetric practice in Viet Nam. *World Health Organisation [WHO]*, 91(5), 350-356.
- Wegnelius, G. & Hammarström, M. (2011). Complete rupture of anal sphincter in primiparas: Long-term effects and subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 258-263. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01037.x
- Wickham, A. (2012). Management of obstetric anal sphincter injury. *British Journal of Midwifery*, 20(8), 540-543.

Bilaga 1. Flödesschema över processen för datainsamling

Andra april 2013

Brevutskick gjordes via verksamhetschef vid Södersjukhuset i Stockholm, via SFOG med förfrågan till Sveriges alla förlossningskliniker ($n=47$) om att få ta del av de befintliga riktlinjer gällande sfinkterskador i samband med förlossning.



18 april 2013

En första påminnelse skickades ut ($n=47$) via SFOG per elektronisk post.
Efter denna påminnelse fick författarna in 22 riktlinjer.



26 maj 2013

En andra påminnelse gjordes per telefon ($n=25$) av författarna själva till de kliniker som inte svarat på första förfrågan. Efter denna påminnelse fick författarna in ytterligare 17 svar, totalt ($n=39$), varav två riktlinjer var under utarbetning och ville inte delge sina material. Åtta av dessa 39 kliniker saknade med andra ord riktlinjer.



Sjunde juni 2013

Vid denna tidpunkt hade totalt 31 av 47 kliniker delgivit sina riktlinjer till författarna, gällande sfinkterskada och kunde därför inkluderas i studien.

Övriga kliniker exkluderades således ur studien.

Bilaga 2. Smärtlindring i samband med sfinkterskada

Nedan presenteras vad respektive klinik skriver i sina riktlinjer gällande läkemedelspreparat och dosering av smärtlindring samband med sfinkterskada.

Paracetamol och Ibuprofen

- Smärtlindra med Alvedon och Ibumetin.
- Smärtstillande Alvedon och Ibumetin vid behov.

Paracetamol, diklofenak och naproxen

- Vid behov Tablett Alvedon 500mg 2x3 och tablett diklofenak 50mg x3.
- Paracetamol och diklofenak.
- Smärtlindring med paracetamol, eventuellt med tillägg av diklofenak.
- Smärtlindring med tablett Panodil 500mg 2x3-4 och tablett diklofenak 50mg 1x3.
Vid blödning mer än två liter, ges istället tablett Citodon 1-2x1-4 dagligen i max fyra dagar.
- Suppositorier diklofenak 100mg till kvinnan på operation av operatören, därefter tablett Panodil 1g x3-4 samt tablett Naproxen 250-500mg x3.
- Tablett Panodil 1g x4 och tablett diklofenak 50mg x3.
- Smärtlindra med Alvedon och diklofenak.
- Smärtlindra med Alvedon som ofta bör kompletteras med Naproxen per os.
- Smärtlindra med Alvedon och Naproxen.
- Smärtstillning tablett Alvedon 500mg 2x3 och tablett diklofenac 50mg, 1x3.
- Smärtlindra med Paracetamol och diklofenak.
- Smärtlindra med Alvedon och diklofenak, ordineras på förlossningen.

Bilaga 3. Antibiotika i samband med sfinkterskada

Nedan presenteras vad respektive klinik skriver i sina riktlinjer gällande läkemedelspreparat och dosering av antibiotika i samband med sfinkterskada.

Antibiotikaproylax vid fördröjd sutur mer än två timmar:

- Cefuroxim 1,5g och metronidazol 1g.
- Claforan 1g och metronidazol 1,5g enligt STRAMA, nationellt vårdprogram och behandlingsrekommendationer avseende antibiotika. Vid allergi Dalacin 600mg.

Antibiotikaproylax vid fördröjd sutur mer än åtta timmar:

- Cefuroxim 1,5g och Flagyl 500mg intravenöst i engångsdos.
- Cefuroxim 1,5g och metronidazol 1,5g som engångsdos.
I normalfall ingen fortsatt behandling.
- Cefotaxim 1g intravenöst och Flagyl 1g intravenöst som engångsdos före operation.
Vid penicillinallergi ges Dalacin 600mg intravenöst.
- Cefotaxim 1g x3 intravenöst i ett dygn och Flagyl 1,5g intravenöst som engångsdos ges i samband med operation.
- Claforan 1g intravenöst och metronidazol 1,5g intravenöst som engångsdos.
Vid allergi ges Dalacin 600mg intravenöst.

Antibiotikabehandling vid sfinkterskada grad IV, skada som engagerar slemhinnan samt ruptur med fekal kontamination:

- Zinacef 1,5g och Flagyl 500mg intravenöst som engångsdos.
- Cefuroxim 1,5g och metronidazol 1,5g som engångsdos.
I normalfall ingen fortsatt behandling.
- Antibiotikaproylax cefuroxim och metronidazol.
- Cefuroxim och Flagyl 1,5g intravenöst som engångsdos.
- Cefotaxim 1g och Flagyl 1g intravenöst som engångsdos innan operation.
Vid penicillinallergi ges Dalacin 600mg intravenöst.
- Injektion cefuroxim 1.5g och infusion metronidazol 1,5g som engångsdos.
- Injektion cefotaxim 1g x2 och därefter tablett cefadroxil 500mg x2 i en vecka.
- Cefuroxim och metronidazol.
- Cefuroxim 1,5g och metronidazol 1g.

- Cefotaxim kombinerat med metronidazol.
- Zinacef 1,5g och Flagyl 1,5g som engångsdos.
- Cefotaxim 1g x3 i ett dygn och Flagyl 1,5g som engångsdos ges i samband med operation.
- Antibiotika.
- Claforan 1g och metronidazol 1,5g innan operation enligt STRAMA, nationellt vårdprogram och behandlingsrekommendationer avseende antibiotika.
Vid allergi ges Dalacin 600mg.
- Claforan 1g och metronidazol 1,5g intravenöst som engångsdos.
Vid allergi Dalacin 600mg intravenöst.
- Zinacef 1,5g och Flagyl 1,5g ges som engångsdos.

Bilaga 4. Laxantia i samband med sfinkterskada

Nedan presenteras vad respektive kvinnoklinik skriver i sina riktlinjer gällande preparat och dos av laxantia i samband med sfinkterskada.

Laxantia:

- Tablett Toilax 1x2/dag under BB-vistelsen.
Motverka förstoppning: T.Toilax 1x1-2 insätts under BB-vistelsen.
- Tablett Toilax 1-2 till natten, behandla upp till 2 veckor.
- Håll tarmen igång med Lactulos 10ml x3 alternativt Emulax 1x3.
- Använd gärna både bulkmedel och tarmmotorikstimulerande medel.
- Förstoppningsprofylax med bulk laxativ (t.ex. laktulos) under BB-tiden. Kan förlängas vid tidigare förstoppningstendens.
- Dospulver Laktipex 10g 1x2. Paraffinemulsion 15ml x1 under vårdtiden på BB.
- Paraffinolja vid extensiv laceration.
- Laktulos eller Dulphalac 15-30ml x1-2 alternativt ges Movicol 1-2 dospåsar 1-3ggr dagligen. Behandlingen fortsätter minst 14 dagar, dosjustering görs vid behov.
- Paraffinemulsion 10ml x3 i 2-4 veckor. Därefter rekommenderas receptfritt tarmreglerande medel, till exempel laktulos eller sterkulagummi, under 2-4 veckor. Bulkmedel, Laktipex eller Movicol, två påsar första dagen och därefter 1 påse per dag.
- Duphalac 15ml x1 tills avföringen kommit igång och därefter bulk laxativa till exempel Inolaxol. Fortsatt bulk laxativ under 1 månad vid utskrivning.
- Partiell sfinkterskada: Mild laxantia (laktulos eller likande) 2 veckor.
- Total sfinkterskada: Mild Laxantia (laktulos eller likande) 2 veckor. Paraffinemulsion 30ml morgon och kväll ges till dess avföringen kommit igång. Överväg recept på icke gasbildande bulkmedel, till exempel Lunelax eller Tikaform vid hemgång.
- Använd gärna både bulkmedel och tarmmotorikstimulerande medel. Paraffinemulsion 20 ml x1. Inolaxol 2 doser per dag, alternativt annat bulkmedel. Paraffinemulsion ges första 2 dagarna. Därefter t ex Inolaxol 1-2 påsar dagligen i 10 dagar.
- Paraffinolja 15ml två gånger dagligen i tre dagar. Recept på bulkmedel för cirka en månads förbrukning skriv ut vid behov. Om patienten besväras av förstoppning kan mixtur Lactulos tilläggas.
- Pulver Movicol 1 påse x2 tills magen har kommit i gång. Därefter individualiseras dosen men behandlingen bör pågå 2-4 veckor.

- Paraffinemulsion 15ml x2-3 och dospåse Inolaxol x3 till första magskötningen. Därefter fortsätta med Paraffinemulsion och/eller Inolaxol. Råd till patienten att köpa paraffinemulsion när de går hem från BB.
- Laktulos 15 ml/dag. Paraffin 15ml i samband med måltid. Fortsätt gärna de första veckorna hemma.
- Paraffin 15ml i samband med måltid under BB-tiden tills magen har kommit igång. Om tendens till obstipation komplettera med Laxoberal droppar till natten, fortsätt eventuellt första veckorna hemma.
- Förstoppning ska motverkas med bulk laxativ. Duphalec/Laktulos 30 ml ges första dagen och därefter 15-20 ml dagligen under vårdtiden.
- Laxantia 2 veckor postoperativt ska räcka (kan förlängas till 4 veckor). Paraffinemulsion 30ml x1, Tablett Toilax 1-4 till natten alternativt Laktulos 20ml x1. Paraffinemulsion 15ml två till tre gånger dagligen under sjukhusvistelsen. Om otillräcklig effekt överväg Tablett Pursenid eller Resulax. Vid hemgång rekommenderas Inolaxol 1-2 påsar dagligen i 10 dagar. Köps receptfritt.
- Paraffinemulsion 10ml x 3 första tre dagar. Recept på bulkmedel till exempel Inolaxol 1-2 påsar dagligen för minst 10 dagar.
- Paraffinemulsion ordineras på förlossningen.