REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE

Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning

Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2020-00459) juni 2020 giltig till maj 2022
Utarbetad av Regionalt programområde Kvinnosjukvård- och förlossning i samarbete med obstetrisk verksamhet i Västra Sjukvårdsregionen samt Koncernstab hälso- och sjukvård

Innehåll

Huvudbudskap 1
Bakgrund 1
Riskbedömning bäckenbottenbristning 2
Krystsamtal, barnmorskans underlag inför samtalet 2
Riktlinjer för perinealskydd 3
Certifiering 5
Arbetsrutin för Trygg återkoppling 5
Innehållsansvarig 5
Bilaga Förslag på upplägg av utbildning 6
Bilaga Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV 7

Huvudbudskap

Risken för sfinkterskada vid förlossning kan minimeras genom ett systematiskt arbetssätt och träning. Detta dokument innehåller viktiga delar för ett regiongemensamt av ett systematiskt arbetssätt med för att förebygga och reducera och förhindra allvarliga skador vid förlossning.

Bakgrund

Socialstyrelsen har i sin rapport ”Vård efter förlossning” (2017) bland annat konstaterat att andelen större bristningar efter vaginal förlossning varierar stort bland landets förlossningskliniker.

Inom ramen för den nationella satsningen på förbättrad förlossningsvård har ett tvärprofessionellt arbete genomförts i hela Västra Götalandsregionen för att få en samsyn kring vilka åtgärder och arbetssätt som ska göras för att reducera antalet kvinnor som drabbas av skador på bäckenbotten i samband med sin förlossning.

Med en regional riktlinje främjas ett kontinuerligt arbete, vilket ger hållbarhet i tid och säkerställer ett fortsatt förebyggande och uppföljande arbete. Nationellt har ett stort arbete genomförts (backenbottenutbildning.se), vilket ligger till grund för vår regionala satsning.

Diagnoskoder:

- O70.2 Perinealbristning av tredje graden,
- O70.3 Perinealbristning av fjärde graden

Riskbedömning bäckenbottenbristning

När patienten skrivs in för förlossning görs en riskbedömning. Denna ska även innefatta bedömning av om det finns en ökad risk för bristning i underlivet. Bedömning av riskfaktorer, saknas (grön)-, riskfaktorer nedan finns (gul)- respektive hög risk (röd) för bristning på bäckenbotten vid förlossning, vilket ska dokumenteras i journalen.

Flera faktorer ökar risken:

Förhöjd risk för bristning finns för:

- Förstföderska
- Ålder > 40 år
- Kort perineum.

Ytterligare riskökning ses för:

- Könsstympad kvinna
- Tidigare kejsarsnitt
- Tidigare sfinkterruptur
- Bristande kommunikation
- Förväntat stort barn
- Förlossning som avslutas instrumentellt
- Utdrivningsskede >60 minuter
- Värkstimulerande dropp
- Yttre press – stark riskfaktor som i princip bör undvikas.

För att minimera risken för bristning ska följande åtgärder tas i beaktande inför förlossningen:

- Förlossningsställning som möjliggör god uppsikt över perineum och gott perinealskydd är extra viktigt
- Barnmorskestudenter kan ha hand om patienten men det är handledarens ansvar att avgöra vem som ska förlösa. Till exempel är det i de flesta fall acceptabelt att en barnmorskestudent förlöser en förstföderska men inte en kvinna med tidigare sfinkterruptur
- Överväg sänkning av oxytocin i slutfasen
- Om kvinnan är könsstympad bör man vara ”frikostigt” med klipp
- Vid ställningstagande till VE/sectio ska erfaren obstetriker vid behov vara med i beslutet.
- Yttre press ska undvikas.

Krystsamtal, barnmorskans underlag inför samtalet

Syftet är att minska oro för bristningar inför utdrivningsskedet. Genom att kvinnan är bättre förberedd blir samarbetet mellan kvinnan och förlösande barnmorska/läkare bättre och därigenom minskar risken för stora bäckenbottenbristningar vid förlossningen. Målsättningen är att alla kvinnor ska ha fått ett krystsamtal före födseln. Krystsamtal ska dokumenteras i journalen.

Följande punkter kan ingå i krystsamtalet:

- Det aktiva krystskedet börjar när kvinnan upplever stark krystkänsla och barnet står med huvudet mot bäckenbotten och/eller kan ses i vulva.
- Trycket mot ändtarmen kommer att tillta allt eftersom barnet tränger längre ner i förlossningskanalen.
- När barnet börjar skymta i vulva övergår trycket mot ändtarmen till en brännande smärta. Då är det lätt att som kvinna tro att en bristning redan skett eller att det är omöjligt att föda barnet utan att en stor bristning uppstår. Smärtan kan istället ses som en signal att det finns risk för att bristning kan uppstå. Det är i detta skede man skall ta det försiktigt.
- När värken är över glider barnet tillbaka och vävnaderna återhämtar sig. Den här principen med två steg framåt och ett steg tillbaka innebär att kvinnans vävnader tänjs successivt, vilket är fördelaktigt.
- Ett långsamt framfödande innebär för kvinnans del att hon avstår från aktiv krystning under den del då barnets huvud framföds alltmer och istället fokuserar på att andas genom värkarna. Detta kan fortgå länge, även när barnet i princip står i genomskärning.
- Vagina och perineum har en enorm elasticitet och möjlighet att töja sig.
- En position där barnmorskan har möjlighet att ha överblick över mellangården samt håller ett effektivt perinealskydd minskar risken för bristningar.
- En god kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan under utdrivningsskedet är A och O. Använd tolk vid behov.
- Vid eventuellt användande av sugklocka används samma arbetssätt.

Riktlinjer för perinealskydd

Långsamt framfödande - manuellt perinealskydd:

Syftet med perinealskydd är att den som förlöser med sina händer försöker åstadkomma ett långsamt framfödande av barnets huvud och axlar så att kvinnans vävnader hinner töja sig och bristning minimeras. Perinealskydd ska användas vid alla förlossningar. Kvinnan ska informeras om syftet med perinealskydd och vad det innebär (krystsamtal).

Tvåstegsprincipen:

Vid framfödande av barnets huvud och axlar i två steg minskar risken för att sfinktern skadas. Tvåstegsprincipen innebär att barnets huvud föds fram i slutet av en värk eller i värkpaus för att åstadkomma ett långsamt framfödande och vid nästa värk bjuder sig axlarna. Det är viktigt att skydda perineum även när axlar framföds, Willers handgrepp. Det kan utföras av förlösande barnmorska eller assisterande barnmorska. Den som har bäst möjlighet till stödet utför det. För att få ett bra perinealskydd, så håll kvar händer och låt assisterande medarbetare ta barnet och lyfta upp. Att förlösa främre eller bakre axeln först har inte visat sig påverka förekomst av bristning av sfinkter.

God överblick - Uppsikt över perineum

För att kunna bedöma om framfödandet går tillräckligt långsamt, behöver barnmorskan ha god uppsikt över perineum. Uppsikt över perineum innebär att utvärdera eventuella risktecken som färg, blödning från vagina, svullnad, elasticitet etc. Om man observerar risktecken för bristning så behöver dessa åtgärdas, genom till exempel lägesändring så att perineum avlastas och genomblödningen förbättras.

Kommunikation

Det är viktigt att den födande kvinnan fått information om vikten av ett långsamt framfödande i förlossningens slutskede. Med kommunikation avses alla de vårdhandlingar som personalen utför för att stödja och stärka kvinnan under krystskedet, för att skapa trygghet i situationen och för att förebygga bristningar.

Vid krystning bör det ingå stöd och uppmuntran och feedback till kvinnan om progress. Barnmorskan måste vid alla typer av krystning vara beredd på att bromsa framfödandet vid plötslig progress om det finns risk att förloppet går för fort.

Tvåhandsgrepp skall användas

C-grepp

Detta grepp innebär att förlösande håller sin ena hand på barnets huvud och den andra som ett c-grepp på perineum. Med handen på barnets huvud styrs farten på framfödandet och man ska bromsa om det behövs. Handen på perineum används för ett stöd. Handen hålls kvar på perineum när axlarna framföds.

Finska greppet

Ena handen placeras tätt på perineum, tummen och pekfingret på var sida. Resterande tre fingrar är böjda under. Man kommer med handen under-in och uppåt, på detta sätt undviker man gapet mellan handen och perineum. Andra handen är placerad på barnets huvud, den reglerar och bestämmer hastighet och bromsar vid behov.

Ritgens manöver

Barnmorskan försöker med sina fingrar identifierar barnets haka mellan anus och svanskotan och trycker med dessa uppåt framåt. Den andra handen stöttar barnets huvud och kontrollerar barnets framfödande och flexion.

Willers handgrepp

Låt den mest villiga axeln födas först. Stöd perineum även då axlarna föds fram.

Använd ovan nämnda begrepp i samband med dokumentationen i journalen. Till exempel: Barnet förlöses på två värkar med C-greppet som perinealskydd samt Willers handgrepp.

- Assisterande barnmorska bidrar aktivt under slutskedet av förlossningen och utför de åtgärder som förlösande barnmorska önskar
- Anpassa oxytocininfusion efter progress och CTG
- Läkaren utför perinealskydd vid VE och ansvarar för barnets framfödande
- Vid traktion då fosterhuvudet dras ned till bäckenbotten kan barnmorskan förlösa
- När barnmorskestudenter förlöser ansvarar legitimerad barnmorskaför optimalt perinealskydd.

Certifiering

Om möjligt skall personal inom förlossningsvården erbjudas årlig undervisning för utbildning kring bäckenbotten. Att ha deltagit vid denna utbildning innebär en grund för certifiering. Utbildningen ska vara tvärprofessionell och innefatta alla som arbetar på förlossningen, inklusive timvikarier. Se bilaga nedan”Förslag på upplägg av utbildning”.

Arbetsrutin för Trygg återkoppling

- När en patient drabbats av en grad 3-4 bristning(sfinkterruptur) ska ansvarig barnmorska och/eller läkare fylla i ett protokoll. Detta sker helst innan arbetspasset avslutas. Protokollet finns utskrivet på förlossningen samt är tillgängligt nedan Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV
- När vederbörande fyllt i protokollet tar barnmorskan kontakt med någon i ”arbetsgruppen för Trygg återkoppling”, som på många sjukhus kommer vara densamma som i bristnings-grupp
- Av verksamhetschef utsedd ansvarig överläkare skall efter varje sfinkterskada vid operativ vaginal förlossning få en epikriskopia från sekreteraren för att följa upp detta med ett samtal med berörd läkare.
- Samtalet sker i lugn och ro på avsatt tid. Det går ut på att utröna om bristningen var undvikbar och vad vi kan lära oss av händelsen. I första hand är personen från gruppen inte påläst på fallet utan journalen kan vid behov användas som verktyg under samtalet. Det viktigaste syftet är att ansvarig personal går ifrån mötet stärkt och med en känsla av trygg kompetens.

Vid önskemål kan genomgång ske på docka för att träna på det som vederbörande önskar. Vikten av att ha ett öppet klimat på arbetsplatsen där vederbörande vid kommande förlossning kan be om extra stöd, om så önskas, är stor. Även barnmorska och/eller läkare som varit ansvariga tidigare i förloppet kan i vissa fall gagnas av protokoll och återkoppling. Övriga inkopplade så som undersköterska och assisterande barnmorska kommer inte inkluderas i återkopplingen utan får vid behov av samtal själva ta initiativ till detta.

- Kopia av protokollet lämnas till statistikansvarig och till gruppen för Trygg återkoppling.

Innehållsansvarig

Lars Ladfors-Medicinsk rådgivare, Koncernstab Hälso- och sjukvård

Bilaga Förslag på upplägg av utbildning

Förmiddagen sker i storgrupp med fokus på teori och utbildning.

- Genomgång av föregående års resultat vad gäller sfinkterrupturer vid vaginal spontan
- förlossning samt VE. Resultat på alla nivåer, dvs avdelning, klinik, region och
- nationellt
- Innan man kommer till utbildningsdagen så ska man ha gått inom utbildning/test på webbutbildningen bäckenbottenutbildning.se, under utbildningsdagen går man igenom de rätta svaren
- Undervisning - samtal om hur gör man en riskbedömning av en födande vad gäller risk för sfinkterruptur
- Undervisning - samtal om när och hur man har krystsamtal med en födande
- Undervisning om perinealskydd vid spontan vaginal förlossning som VE
- Genomgång av bäckenbottens anatomi
- Undervisning i diagnostik av britningar på perineum
- Under eftermiddagen genomförs praktiska övningar i grupper uppdelade på olika stationer:
    - Perinealskydd vid spontan förlossning.
    - Perinealskydd vid VE.
    - Anatomigenomgång, praktisk hantering av anatomiskt bäcken.
    - Olika förlossningsställningar, hur påverkar positionen belastningen på bäckenbotten.

Eftersom detta är en heldagsutbildning som bara kan hållas en eller ett par gånger per år kommer det vid många olika tillfällen finnas behov att utbilda ny personal. Därför rekommenderas en ”snabbutbildning” för nya barnmorskor och läkare. För barnmorskor genomförs den förslagsvis mot slutet av ”bredvidgången” och innan första arbetspasset med helt ”egna” patienter. För läkare innan första jourpasset. Denna snabbutbildning sker då personligen eller i mindre uppsamlingsgrupper över ca två timmar och innehåller genomgång av rutiner för:

- riskbedömning
- krystsamtal
- perinealskydd vid spontan förlossning och VE
- praktisk träning på docka.

För läkare tränas då handgrepp vid spontan förlossning och VE med fokus på perinealskydd vid dessa situationer. För barnmorskor tränas handgrepp vid spontan förlossning med fokus på perinealskydd. Alla tränar handgrepp vid traktion, även här medfokus på perinealskydd. Inför utbildningstillfället ska bäckenbottenutbildning.se inklusive test ha gåtts igenom.

Bilaga Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV

Pat.id(persnr): _____

Förstföderska	Omföderska

Barnmorska: _____
Läkare: _____
Student: _____

Förlossningssätt:	Vaginal	VE	Tång	Traktion
Vem förlöste		Bm	Läk	Stud

Hade kvinnan någon smärtlindring och i så fall vilken:_____
_____

Var riskbedömningen gjord?	Ja	Nej	Dokumenterad
Tidigare kejsarsnitt	Ja		Nej
Tidigare sfinkterskada	Ja		Nej
Könsstympad	Ja		Nej
Perineums höjd(alt. ange i cm)	Låg	Medel	Hög
Svullnad i yttre genitalia	Mycket	Ringa	Ingen
Sekundär värksvaghet	Ja		Nej
Var krystsamtal genomfört?	Ja		Nej
Aktiv krystning	<30 min	30-60 min	>60 min
När huvudet stod i genomskärning	Krystade kvinnan		Flåsade kvinnan
Påskyndades utdrivningen pga. oro för fosterljudspåverkan	Ja		Nej
Oxytocininf. i utdrivn.skedet	Ja		Nej
- Om ja:	Sänktes	Stationärt	Ökades
Yttre press utfördes	Ja		Nej
Skulderdystoci	Ja		Nej

Förlossningställning:_____