

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-06-10

Innehållsansvar: Jeanette Moberg, (jeaka11), Specialistläkare

Giltig till: 2028-06-30

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Bristningar - förlossningsvård

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Handläggningsrutin för att förebygga och reducera bristningar vid förlossning samt att åtgärda eventuell bristning enligt gällande evidens och praxis, både i akutskedet och senare.

Korrekt diagnostik, behandling och uppföljning är avgörande för resultatet.

Dokumentet innehåller lokala tillägg för Skaraborg gällande Regionala medicinska riktlinjer [Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning](#) samt [Bäckenbottenbesvär efter förlossning](#).

Arbetsbeskrivning

Att förebygga bristningar

- En riskbedömning för bristning bör göras under förlossningen. Riskbedömningen dokumenteras i journal som låg risk eller ökad risk. För kvinnor med kända riskfaktorer ska kompetens hos den förlösande och skyddsåtgärder beaktas extra noga.
- Krystsamtal med information om krystschedet, perinealskydd och vikten av god kommunikation ska hållas med kvinnan. Ska dokumenteras i journal.
- Långsamt framfödande ska eftersträvas från det att föregående fosterdel syns i vulva. Framfödandet av barnets huvud och axlar i två steg minskar risken för bristning. Vid ökad risk för bristning kan barnmorska 2 förlösa axlarna för att underlätta för barnmorska 1 att hålla kvar ett fullgott perinealskydd.

- Långsamt framfödande bör eftersträvas även vid förlossning med sugklocka.
- Tång bör undvikas.
- Yttre press ska undvikas.
- Varm, våt duk mot perineum bör användas under utdrivningsskedet. Akupunktur i perineum kan erbjudas om kompetens finns.
- Förlossningsställningen i utdrivningsskedet ska bereda överblick över perineum och möjliggöra manuellt perinealskydd. För att ytterligare avlasta perineum kan man även överväga en förlossningsställning där knäna förs ihop så att perineum inte spänns ut maximalt.
- Manuellt perinealskydd ska användas.
- Tvåhandsgreppen bör användas.
- Hur perinealskydd utövats ska dokumenteras.
- Välj förlossningsställning beroende på om förloppet behöver skyndas på eller saktas ner.

Diagnostik

- Kvinnan ska informeras om att undersökning av vagina och ändtarm görs för att upptäcka och kunna åtgärda bristningar.
- Man bör vara två som hjälps åt vid diagnostik och suturering.
- Tillräcklig bedövning, i första hand PDB ska erbjudas innan diagnostik. **Kan kompletteras med lustgas och morfin.** Vid otillräcklig smärtlindring bör spinalbedövning och eventuell suturering på operationssal övervägas.
- Vid riklig blödning från en djup vaginal bristning ska man överväga att packa vagina med våta dukar för att få rådrum, spara blod och få möjlighet att komma in med rätt kompetens. **Vid måttlig blödning – ge Tranexamsyra.**
- Diagnostik ska regelmässigt innefatta kombinerad rektal och vaginal palpation.
- Avståndet mellan fingret i anus och fingret mot vaginalväggen före sutur ska dokumenteras.
- Bristningens utseende före suturering ska dokumenteras.
- Kvinnan ska informeras om vilken typ av bristning som har uppstått.

Suturering

- Den som syr bristningen ska kunna anatomin och ha god utbildning. Resultaten efter suturering är bättre om man har genomgått strukturerad utbildning. Detta görs genom [backenbottenutbild-](#)

[ning.se](#), filmen [Diagnostisering och suturering av bristning](#) samt praktisk träning av perinealskydd.

- Sträva efter att vara två som syr, så går det fortare och man lär sig av varandra. En håller fingret i tarmen och suturerar och den andra kan knyta, klippa, torka och hjälpa till med suturer och ljus.
- Om väntan uppstår innan diagnostisering/suturering ska kvinnan ha det bekvämt och möjlighet att knyta an till sitt barn.
- Suturering av grad 3–4-bristningar ska alltid ske på operationssal med adekvat anestesi, belysning och assistans. Samma sak gäller för komplexa vaginalbristningar.
- Suturering bör ske inom 6 timmar för optimal läkning och minskad infektionsrisk. Undantag görs i väntan på operatör med adekvat kompetens upp till 24 timmar.
- Antibiotika ska ges till alla under suturering vid grad 3- och 4-bristning. Antibiotika ska övervägas vid klipp och komplicerad grad 2-bristning där samtida riskfaktorer föreligger, såsom: diabetes, rökning, fetma (BMI > 30), långdraget förlopp, uttalad lokal svullnad, pågående infektion, undernäring. Preparatval enligt RMR Cefotaxim 1,5 g + Metronidazol 1,5 g. Vid antibiotikaallergi ges Klindamycin 600 mg + Metronidazol 1,5 g. Om lång väntetid till suturering förväntas (> 6 timmar), överväg antibiotika som engångsdos under väntetiden enligt ovan i tillägg till peroperativ dos.
- Efter suturering erbjuds kvinnan att se bristningen i spegel. [Patientinformation finns på olika språk](#) på [backenbottenutbildning.se](#), överlämnas av suturerande personal inklusive genomgång av vilka strukturer bristningen berör. Vid grad 3–4 lämnas även [Information om uppföljning efter förlossning vid grad 3- och 4-bristning](#).

Dokumentation

- Dokumentation sker alltid i enlighet med [Dokumentationsmall](#).
- ”Ingen bristning” dokumenteras under sökord Bristning/klipp av barnmorska.
- Grad 1–2 och klipp dokumenteras under sökord Bristning/klipp av barnmorska och om komplicerat i operationsmall av läkare.
- Grad 3–4 dokumenteras i Obstetrix operationsmall.

Dessutom fyller operatör i [Protokoll för grad 3–4-bristningar](#) och lämnar till barnmorska som tar vid. Därefter läggs det till sekreterare som ordnar med bokningsunderlag i ELVIS och registrering i Bristningsregistret.

Förlösande personal fyller i [Uppföljning av sfinkterruptur grad III och IV, trygg återkoppling](#).

Uppföljning

BB

- Isbinda kan vara bra tillägg till smärtlindring. Vid intensiv smärta som är svår att bryta kan morfin krävas eller yttre PDB (se styrdokument [PDB \(pudendusblockad\) – förlossningsvård](#)) för att bryta smärtcirkel.
- Stötta patienten i att hitta en bra amningsställning. Avlastande ställningar exempelvis liggande är bra för minskad svullnad och smärta.
- Uppmuntra god hygien och tarmfunktion enligt [patientinformation](#) på [backenbottenutbildning.se](#).
- Om undersökning av bristning på BB, se nedan från [backenbottenutbildning.se](#):

Undersökning med instrument behövs normalt inte. Kvinnor med grad 2-bristning och/eller klipp bör undersökas av barnmorska och kvinnor med sfinkterruptur bör undersökas av läkare innan utskrivningen. Det är lättare att se i gynstol. Berätta att du ska titta och känna försiktigt utan instrument. Syftet är att hitta infektion, suturhaverier och/eller hematom som kräver behandling eller uppföljning. Ta tillfället i akt att berätta om vilken bristning kvinnan har haft och hur den har reparerats.

En bristning kan uppfattas som normal för vårdgivarna men är något nytt och ibland traumatiskt för den nyförlösta kvinnan. Det kan vara bra att visa bristningen med spegel för att bekräfta det normala läkningsförloppet – det kan i sig vara smärtlindrande.

- Berätta under tiden vad du gör och varför och vad du hittar.
- Titta på bristningen och palpera över mellangården.
- Känn försiktigt med ett finger i slidan för att känna att det är symmetriskt och att det inte finns tecken på hematom (smärta, asymmetri, inre svullnad) eller infektion (avvikande lukt, rodnade sårkanter, suturer som skurit, smärta).
- Be kvinnan knipa lite och att slappna av för att säkerställa att hon hittar muskelkontrollen, framför allt avspänningen. Det är viktigt för att motverka överspänning och smärta i efterförloppet.

- Titta efter hemorrojder och ge råd om receptfria krämer från apoteket om det behövs.
- Patienter med grad 3–4-bristning bör få ytterligare information av fysioterapeut under vårdtillfället. Undantag om fysioterapeut inte är tillgänglig, till exempel vid helg.
- Vid grad 3–4 och vid behov: smärtlindring och paraffinemulsion ges enligt ordinationsmall i Melior på fasta tider.

Uppföljning efter förlossning vid grad 3- och 4-bristning

- 2–3 veckor postpartum:
Första eftervårdsbesöket på barnmorskemottagning genomförs som digitalt besök men kan erbjudas fysiskt vid behov.
- 4–6 veckor postpartum:
Barnmorska från bristningsmottaningen ringer (även vid komplicerad grad 2 om önskat). Patientens besvär efterhörs, fokus på successiv förbättring. Läkare konsulteras vid behov. Efter samtalet fylls diagnoslapp i och patienten bockas av i ELVIS.
- 6–8 veckor postpartum:
Andra eftervårdsbesöket på barnmorskemottagning genomförs som fysiskt besök. Kan erbjudas digitalt vid behov.
- 12–16 veckor postpartum:
Återbesök till operatör (enbart grad 4). Funktionen i bäckenbotten inklusive sfinktrar kontrolleras med anamnes och fysisk undersökning. Eventuella råd givna vid telefonuppföljning och eftervårdsbesök följs upp. Uroterapeut konsulteras vid behov.
- Uroterapeut kopplas in vid behov.
- Enkäter via Bristningsregistret.
- Planering inför nästa förlossning:
Barnmorska på barnmorskemottagningen delar ut skriftlig patientinformation [Information inför förlossning, till dig som tidigare har haft en grad 3- eller 4-bristning i samband med förlossning](#) och svarar på frågor. De patienter som därefter behöver ytterligare information remitteras till specialist-MVC för besök hos läkare i graviditetsvecka 28–32 för förlossningsplanering. Remittering bör alltid ske vid kvarstående avföringsläckage eller uttalat besvärande gasinkontinens samt om ytterligare operation av bäckenbotten skett efter förlossning. Det gäller oavsett tidigare förlossningsbristning, då det kan vara tecken på en större bristning än vad som primärt diagnostiserats. Vid kvarstående anal-läckage > 6 månader efter förlossningen rekommenderas elektivt

sectio. Vid kvarstående uttalat besvärande gasinkontinens, långvariga besvär eller reoperation erbjuds elektivt sectio på vida indikationer på grund av ökade risker för långsiktiga konsekvenser med upprepad grad 3- och 4-bristning.

Uppföljning personal

Trygg återkoppling vid grad 3- och 4-bristning:

Samtalet sker i första hand inom samma yrkesgrupp och bokas av den som bistått födseln. Vid instrumentell förlossning av läkare skickas ingen epikriska, utan läkare får själv ta kontakt med Jeanette Moberg och Hanna Sims Naeve för samtal. På SkaS hanteras protokoll och statistik av Jeanette Moberg.

Bilagor

- [Dokumentationsmall.](#)
- [Uppföljning av sfinkterruptur grad III och IV, trygg återkoppling.](#)
- [Information om uppföljning efter förlossning vid grad 3- och 4-bristning.](#)
- [Information inför förlossning, till dig som tidigare har haft en grad 3- eller 4-bristning i samband med förlossning.](#)
- Regional medicinsk riktlinje (RMR) [Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning.](#)
- RMR [Bäckenbottenbesvär efter förlossning.](#)

Länkar

[Kompetenskartan fysioterapeuter med specialitet Kvinnors hälsa](#) – Hitta fysioterapeuter (kompetenskartan.se).

[Start \(backenbottenutbildning.se\).](#)

[Bristningsregistret – GynOp Manual.](#)

Film [Diagnostisering och suturering av bristning.](#)

Arbetsgrupp

Matilda Synnergren och Tina Thorsell.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Jeanette Moberg, (jeaka11), Specialistläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-83

Version: 15.0

Giltig från: 2026-06-10

Giltig till: 2028-06-30