

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2026-04-27

Innehållsansvar: Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare

Giltig till: 2028-04-27

Granskad av: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

# Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning

## Innehåll

Syfte.....	2
Huvudbudskap.....	2
Nytt sedan föregående version .....	2
Bakgrund.....	2
Diagnoskoder .....	2
Riskbedömning bäckenbottenbristning .....	2
Krytsamtal-underlag .....	3
Riktlinjer för perinealskydd .....	5
Certifiering .....	7
Arbetsrutin för Trygg återkoppling .....	7
Innehållsansvarig.....	8
Bilaga 1. Förslag på upplägg av utbildning.....	9
Bilaga 2. Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV .....	11

## Syfte

Främja ett regiongemensamt systematiskt arbetssätt med att förebygga, reducera och förhindra större och allvarliga bristningar vid förlossning.

## Huvudbudskap

Risken för sfinkterskada vid förlossning kan minimeras genom ett systematiskt arbetssätt, uppföljning och träning.

## Nytt sedan föregående version

Redaktionella ändringar.

## 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 regionen för att få samsyn kring åtgärder och arbetssätt för att reducera antalet kvinnor som drabbas av större förlossningsbristningar. Nationellt har ett stort arbete genomförts ([backenbottenutbildning.se](http://backenbottenutbildning.se)), vilket ligger till grund för denna regionala satsning.

## Diagnoskoder

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

## Riskbedömning bäckenbottenbristning

Vid inskrivning görs en riskbedömning av alla förlossningspatienter. Det ska även göras en separat riskbedömning gällande bristning i underlivet med indelning:

- Ingen ökad risk (riskfaktorer saknas).
- Något förhöjd risk (riskfaktorer nedan finns).
- Förhöjd risk (ytterligare riskfaktorer adderas).

Risk för bristning kan behöva uppdateras under förlossningsförloppet (till exempel omvärdera vid långt förlossningsförlopp och oxytocinstimulering).

Faktorer som ökar risken är

- att vara förstföderska
- ålder >40 år
- kort perineum.

Ytterligare riskökning ses för/vid:

- Könstympad 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 ska 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.
- Barnmorskestudent kan ha hand om patienten men handledaren avgör vem som ska förlösa.
- Överväg sänkning av oxytocin i slutfasen.
- Om kvinnan är könstympad bör man vara ”frikostig” med klipp.
- Vid ställningstagande till VE/sectio ska erfaren obstetriker vid behov vara med i beslutet.
- Yttre press ska undvikas.

## Krystsamtal-underlag

Krystsamtalen syftar till att minska oro och förbättra samarbetet mellan den födande och vårdpersonal och därigenom minska risk för stora bäckenbottenbristningar. Målsättningen är att alla kvinnor ska ha fått ett

krystsamtal före födseln. Krystsamtal samt om tolk använts ska dokumenteras i journalen.

### **Följande 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 i stället ses som en signal att det finns risk för att bristning kan uppstå. Det är i detta skede man ska 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 i stället fokuserar på att andas genom värkarna. Detta kan fortgå länge, även när barnet i princip står i genomskäring.
- 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 och dokumentera.
- 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 ska 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 pek fingret 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 identifiera 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 barnmorska för optimalt perinealskydd.

## Certifiering

Om möjligt ska 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 1.

## 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 (bilaga 2) finns utskrivet på förlossningen.
- När vederbörande fyllt i protokollet tar barnmorskan kontakt med någon i arbetsgruppen för ”Trygg återkoppling”, som på många sjukhus kommer vara densamma som i bristningsgrupp.
- Av verksamhetschef utsedd ansvarig överläkare ska 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

Samordningsråd kvinnosjukdomar och förlossning.

## Bilaga 1. Förslag på upplägg av utbildning

Förmiddagen sker i storgrupp med fokus på teori och utbildning.

- Genomgång av föregående årsresultat 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](http://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 2. Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV

Datum:.....

<b>Pat.id</b> (persnr):	<input type="checkbox"/> Förstföderska <input type="checkbox"/> Omföderska
-------------------------	--

Barnmorska: \_\_\_\_\_

Läkare: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

<b>Förlossningssätt:</b>	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> VE	<input type="checkbox"/> Tång	<input type="checkbox"/> Traktion
<b>Vem förlöste:</b>	<input type="checkbox"/> Bm	<input type="checkbox"/> Läk	<input type="checkbox"/> Stud	

Hade kvinnan någon smärtlindring och i så fall vilken: \_\_\_\_\_

Var riskbedömning gjord?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Dokumenterad
Tidigare kejsarsnitt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Tidigare sfinkterskada	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Könsstympling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Perineums höjd (ev ange i cm)	<input type="checkbox"/> Låg	<input type="checkbox"/> Medel	<input type="checkbox"/> Hög
Svullnad i yttre genitalia	<input type="checkbox"/> Mycket	<input type="checkbox"/> Ringa	<input type="checkbox"/> Ingen
Sekundär värksvaghet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Var krystsamtal genomfört?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Aktiv krystning	<input type="checkbox"/> <30 min	<input type="checkbox"/> 30–60 min	<input type="checkbox"/> >60 min
När huvudet stod i genomskäring	<input type="checkbox"/> Kvinnan krystade	<input type="checkbox"/> Kvinnan flåsade	

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Påskyndades utdrivningen pga. oro för fosterljudspåverkan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Oxytocininf. i utdrivningsskedet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, oxytocininf. i utdrivningsskedet, ange åtgärd	<input type="checkbox"/> Sänktes	<input type="checkbox"/> Stationärt	<input type="checkbox"/> Ökades
Klipp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Yttre press	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Varma dukar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Skulderdystoci	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Förlossningsställning: \_\_\_\_\_

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare

**Granskad av:** Anna Hagman, (annha67), Överläkare

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN11800-2140136717-933

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2026-04-27

**Giltig till:** 2028-04-27