

Forebygging av obstetriske sfinkterskader

- holdninger og teknikker blant gynekologer og jordmødre

Silje Vassbotn Skaara

Hanne Mella Sjøthun



Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

6. mars 2014

Copyright Silje Vassbotn Skaara, Hanne Mella Sjøthun

2014

Forebygging av obstetriske sfinkterskader - holdninger og teknikker blant gynekologer og jordmødre.

Silje Vassbotn Skaara, Hanne Mella Sjøthun

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: CopyCat Nydalen

Abstract

Background: Obstetric anal sphincter rupture (OASR) is a severe complication in vaginal delivery, and is shown to be the strongest predictor of later anal incontinence. The rate of OASR in Norway increased from the 1960s until 2000. This trend evoked a national focus on how to decrease the rate of OASR, and especially how to perform perineum support during labour as a technique to prevent OASR.

Objective: To review the documentation of today's clinical use of perineum support and episiotomy during vaginal delivery in Norway and how these techniques have an impact on the rate of OASR. Moreover to examine if there are any differences in attitude between doctors and midwives concerning how these techniques can prevent OASR.

Material and methods: The work is based on publications provided by our supervisor and a non-systematic search in PubMed and McMasterPlus. We also participated in and used selected results from two ongoing research studies at Forskningscenteret for fødselshjelp og kvinnesykdommer at Oslo Universitetssykehus (OUS, Kvinne- og barneklubben, Ullevål).

Results: Today's clinical use of perineum support reflects the results of research in this field, and the recommendations of using perineum support provided to the labour units. There is today a "hands-on" delivery policy, that both midwives and doctors seem to acknowledge as a way of preventing OASR. The use of episiotomy is less established in Norwegian labour units, possibly reflecting that researchers still disagree on how episiotomy can prevent OASR. There are reports supporting that an episiotomy truly angled as a mediolateral episiotomy can prevent OASR. Our study indicate that doctors have a more favorable attitude towards episiotomy than midwives.

Conclusion: Both perineum support and episiotomy are likely to prevent OASR during vaginal delivery. However, the episiotomy needs to be performed with a certain angle, and more research remains before we can fully conclude on the preventive OASR effect in selected risk groups. Both midwives and doctors are positive to the preventive effect of perineum support. Doctors are more positive regarding the preventive effect of episiotomy compared to midwives.

Forord

Vår oppgave omhandler preventive tiltak mot ruptur av analsfinkter under vaginal forløsning, og holdninger til disse tiltakene blant leger og jordmødre. Oppgavevalget er basert på vårt ønske om å skrive om et klinisk tema innenfor gynekologi, og våre veiledere presenterte oss deretter for dette aktuelle temaet som vi fant spennende å jobbe videre med.

Vi ønsker å takke våre veiledere, dr.med og overlege Katariina Laine og lederen av Forskningscenteret for fødselshjelp og kvinnesykdommer ved OUS, professor Anne Cathrine Staff for all hjelp under arbeidet med oppgaven. De har veiledet oss grundig med raske og presise tilbakemeldinger under skriveprosessen, gitt oss gode litteraturforslag, og en smakebit av forskningens verden. Takk også til stipendiat Kathrine Fodstad som inkluderte oss i sin studie på NFOG, hvor vi har hentet noe av datamaterialet vårt fra.

Til slutt vil vi takke Jarle Hapnes Sjøthun, Hannes mann, som har bidratt med sin store datakyndighet, og forenklet mye av kildearbeidet og formateringen for oss.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Metode	3
Litteratursøk	4
Teori	5
Bruk av perineumstøtte og episiotomi	5
Retningslinjer for klinisk bruk av perineumstøtte og episiotomi i Norge i dag	8
Resultater	11
Kan bruk av perineumstøtte og episiotomi påvirke antall sfinkterskader?	11
Episiotomiteknikk og -rate med påvirkning på antall OASR	11
Resultater fra jordmorstudien	15
Resultater fra NFOG	17
Diskusjon	18
Grunnlaget for perineumstøtte og episiotomi	18
Resultatene fra den norske studien skapte debatt	18
Hvordan fremstår dagens holdninger til perineumstøtte og episiotomi?	19
Konklusjon	21
Litteraturliste	23
Vedlegg	25
Vedlegg 1 – Jordmorstudien	25
Vedlegg 2 – Perineumstudien NFOG	30
Vedlegg 3 – Internprosedyrer OUS	33

Innledning

Obstetrisk anal sfinkterskade er en alvorlig komplikasjon ved vaginal fødsel, og den viktigste årsaken til analinkontinens blant kvinner. Skade i anal sfinkter kalles ofte obstetrisk anal sfinkterruptur (OASIS, heretter kalt OASR). Studier har vist at tidligere OASR er den sterkeste risikofaktoren for utvikling av analinkontinens (1). En studie utført ved Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål, mellom 2003 og 2005 viste en OASR frekvens på 3,9% hos kvinner med vaginale fødsler, og 21% av disse fikk analinkontinens i etterkant (2).

Obstetrisk anal sfinkterskade er en skade i perineum, og perineumskadene klassifiseres i 4 ulike grader, fra 1 til 4. Perineumskade 3 og 4 innebærer revning av anal sfinktermuskel (se tabell 1). Risikofaktorene for OASR er mye undersøkt, og de fleste studiene viser at de tre viktigste risikofaktorene er stort barn (macrosomi), instrumentell forløsning og å være førstegangsfødende (3). Perineumødem, manglende visualisering av perineum, langvarig første og andre stadium av fødsel, og utilstrekkelig støtte av perineum øker også risikoen for OASR (4).

Antall alvorlige sfinkterskader er en av indikatorene for pasientsikkerhet i OECD, inkludert de Nordiske land (vedlegg 1). Ved et landsomfattende tilsyn av fødeinstitusjoner i Norge i 2004 ble det konkludert med at insidensen av obstetriske sfinkterskader var for høy, hvilket blant annet førte til at det ble iverksatt en intervensjonsstudie ved 5 ulike sykehus i Norge med fokus på undervisning av forløsningsteknikker som beskytter perineum, spesielt fokus på perineumstøtte, med bruk av forløserens hender. Ved innføring, gjennomføring, og i etterkant av studien har det vært diskusjoner mellom jordmødre og leger, og innad i de enkelte profesjonene om hva som er beste metode for å forebygge OASR. Anbefalingene som følge av det nasjonale tilsynet igangsatte en debatt om hvorvidt grunnlaget for intervensjonsforslaget var godt nok, om uforbeholden bruk av perineumstøtte er hensiktsmessig, om jordmors autonomi ble truet, og om bruken av episiotomi er korrekt når det gjelder å forebygge OASR (5,6)

Vi vil i denne oppgaven ta for oss det teoretiske grunnlaget per dags dato for klinisk bruk av perineumstøtte og episiotomi under forløsning, samt se på hvordan bruken av perineumstøtte og episiotomi påvirker forekomsten av OASR.

Den overnevnte intervensjonsstudien vil bli særlig vektlagt, da den godt belyser den historiske bakgrunnen for det økte fokuset på OASR i Norge i de senere år, og fordi den i så stor grad har vært med på å skape debatt og endring. Videre vil vi også belyse forskjeller i

arbeidsinstrukser på forløsningsavdelinger og vurdere om disse kan assosieres med eventuelle holdningsforskjeller blant de ulike profesjonene.

Vi har også gjennom to pågående studier ved OUS sett på profesjonenes holdning til perineumstøtte, og i hvilken grad profesjonsutøverene mener perineumstøtte og episiotomi kan være forebyggende for OASR. Vi vil vise foreløpige resultater fra disse to studiene, samt se på eventuelle tidligere dokumenterte holdningsforskjeller blant helsepersonell til bruken av perineumstøtte og episiotomi.

Andre risikofaktorer for OASR vil ikke bli belyst og diskutert i denne oppgaven.

Tabell 1: Klassifikasjon av perinealskader (7)

Grad 1: Overflatisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne

Grad 2: Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av m. sphinkter ani

Grad 3: Skade av perineum som involverer m. sphinkter ani

3a: Ruptur av < 50% av m. sphinkter ani externus (EAS)

3b: Ruptur av >50% av EAS

3c: Ruptur av EAS og m. sphinkter ani internus (IAS)

Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne

Metode

Vi har som ledd i vår profesjonsoppgave i medisin ved Universitetet i Oslo bidratt praktisk i gjennomføringen av to ulike studier, begge gjennomført ved Forskningscenteret for fødselshjelp og kvinnesykdommer, ved Oslo Universitetssykehus (OUS, Kvinne- og barneklivnikken, Ullevål), i samarbeid med universitetslektor, doktorgradsstipendiat (ph.d. fra oktober 2013) og overlege Katariina Laine, og tidligere forskerlinjestudent, nå doktorgradsstipendiat, Kathrine Fodstad. Begge stipendiatene er, som oss, veiledet av lederen av Forskningscenteret for fødselshjelp og kvinnesykdommer ved OUS, professor Anne Cathrine Staff. Katariina Laine har ivartatt rollen som hovedveileder for oss, og Anne Cathrine Staff var hovedveileder fra starten, deretter har hun fungert som biveileder.

Studie 1 retter seg mot jordmødre ved 40 fødeavdelinger i Norden, de ti største i hvert land. Den tar for seg holdninger til, og bruken av, metoder ved fødselens aktive trykkefase (stadium 2). Spørreskjemaer (vedlegg 1) ble distribuert til de aktuelle fødeavdelingene fra 2012, og jordmødrene på disse avdelingene avgjorde selv om de ville delta. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom aktører fra de nordiske landene, der Katariina Laine er norsk prosjektleder. Vi har kun vært involvert i den norske delen av arbeidet, og denne finansieres av Universitetet i Oslo.

Studien ble gjennomført ved utsending av spørreskjemaer i 2012, svarene inkom fortløpende fra høsten 2012, og analyser og forskningsartikkel planlegges ferdigstilt senest i løpet av 2014. Vår konkrete oppgave var å sende ut spørreskjemaer utarbeidet av prosjektledelsen til de berørte institusjoner, samt plote resultatene fra ferdig utfylte skjemaer inn i en elektronisk database (SPSS). Vi har valgt tre spørsmål (spørsmål 13, 19 og 20) fra studien som er relevante for vår problemstilling, og sett på resultatene av den statistiske analysen av disse spørsmålene. Resultatene av disse vil vi vise senere i oppgaven. Resten av materialet fra spørreskjemaene vil vi ikke benytte i denne oppgaven.

Studie 2 tar for seg bruk og utførelse av episiotomi. Studien ble gjennomført under en nordisk konferanse i Bergen 17.-19. juni 2012, i regi av NFOG (The Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology). Denne studien er en del av et større forskningsarbeid kalt Perineumstudien, som tar for seg risikofaktorer for OASR ved vaginal forløsning, inkludert bruk av episiotomi, samt effekter av OASR på kort og lang sikt for kvinners helse. Perineumstudien utføres ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Ansvarlig for gjennomførelse under NFOG var Kathrine Fodstad, som i samarbeid med professor Anne

Cathrine Staff og Katariina Laine har utarbeidet spørreskjemaet (vedlegg 2). Våre oppgaver i profesjonsstudien var å verve frivillige deltakere til studien under konferansen i 2012, og å distribuere spørreskjemaer. Vi henvendte oss til deltakere på konferansen ved konferanseregistrering og i møtepausene. Etter gjennomført innsamling av spørreskjemaene, plottet vi datamaterialet inn i en elektronisk database (SPSS), og videre har vi sett på resultatene av den statistiske analysen for to spørsmål som var av interesse for vår oppgave (spørsmål 9 og 11). Analyse av de resterende studiesvarene går utover denne oppgavens rammer.

Litteratursøk

Vi har primært sett på artikler som vi har fått anbefalt av veileder. I tillegg har vi gjort et ikke-systematisk litteratursøk i PubMed og McMasterPlus, hvor vi benyttet følgende søkeord: ”episiotomi + OASR”, ”definition episiotomy”, ” episiotomy angle”, ”incidence obstetric anal sphincter injury”, og ”risk factors obstetric anal sphincter tears”. Aktuelle artikler ble valgt ut etter lesing av sammendragene, samt i overensstemmelse med veileders anbefalinger. I tillegg har vi selv søkt i Google etter nasjonal handlingsplan og retningslinjer for sfinkterskader. Enkelte artikler samt interndokument fra OUS med arbeidsinstrukser har vi fått direkte tilgang til via veileder.

Teori

Bruk av perineumstøtte og episiotomi

Nordens historikk i bruk av perineumstøtte og sfinkterskaderate

Data fra nasjonale fødselsregistre i de nordiske landene viser en økning i insidens av OASR over de siste tiårene, men det er en signifikant forskjell i insidens mellom de ulike landene (8). Norge har hatt en gradvis økning i insidens. Finland har tross økning i insidens ligget betydelig lavere i insidens enn de andre nordiske landene. Pirhonen et al rapporterte 0,36% insidens av OASR ved vaginale fødsler i Turku, Finland i 1998 sammenlignet med 2,69% i Malmø, Sverige. De overnevnte risikofaktorene for OASR har lik forekomst i Norge, Sverige, Danmark og Finland (8). Finland skiller seg ut ved utstrakt bruk av perineumstøtte under vaginal forløsning. Pirhonen et.al. foreslo at det var meget sannsynlig at disse ulikhetene i insidensen av OASR skyldtes Finlands standardiserte praksis med fokus på den tradisjonelle forløsningsmetoden, og at dette beskyttet kvinnen mot alvorlig perineumskade og dermed også forklarte Finlands lave OASR-frekvens (9).

På bakgrunn av den økende raten av OASR i Norge de siste tiårene, og med begrunnelse i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn av 26 fødeinstitusjoner i Norge i 2004, påpekte Helsetilsynet at det måtte arbeides med å finne årsaken til at sfinkterskader oppstår slik at forekomsten kunne reduseres. Rapporten (Rapport fra helsetilsynet 11/2004) konkluderte med at det skjedde for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen av disse ikke var god nok og at behandlingen ikke alltid samsvarte med forsvarlig praksis (7). I Januar 2006 ga Nasjonalt råd for fødselsomsorg ut en Nasjonal handlingsplan, kalt "Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge". Rådet hadde fått sitt mandat fra Sosial- og helsedirektoratet. Rådet skulle utarbeide tiltak, klare mål og pålitelige registre. Et av de konkrete tiltakene herunder var at det skulle gjennomføres en intervensjonsstudie ved fem fødeinstitusjoner i Norge for å redusere antallet sfinkterskader, og for å undersøke effekten av et slikt tiltak. Handlingsplanen beskriver at det var tatt initiativ fra en finsk gynekolog og jordmor samt Nasjonalt råd for fødselsomsorg til å gjennomføre en slik studie. Rådet som utarbeidet handlingsplanen støttet og anbefalte denne gjennomføringen, og intervensjonen hadde allerede startet ved en fødeavdeling da handlingsplanen ble utgitt. Samlet sett, basert på alle innførte og anbefalte tiltak, var målet i handlingsplanen å redusere forekomsten av sfinkterskader ved vaginale fødsler fra 4,3% i 2006 til 2% i 2008 i Norge (7).

En sterk motivasjon for studien var Pirhonen et.al.'s antakelse om at den store forskjellen i insidensen av anal sfinkterruptur mellom Sverige og Finland kunne skyldes forskjeller i bruk av tradisjonelle forløsningsmetoder med manual perineumbeskyttelse i slutten av fødselens stadium 2, når barnet forløses. Denne studien sammenliknet forekomsten av OASR ved to universitetssykehus i Sverige og Finland (9). Som beskrevet tidligere skilte Finland seg kraftig positivt ut ifht de andre nordiske landenes utvikling fra 1960-tallet til 2000-tallet. Samtlige av de andre nordiske landene hadde opplevd en gradvis økning i insidens av sfinkterskader, for eksempel Norge som økte fra under 1% på 1960-tallet til 4,3% i 2004, mens Finland hadde holdt seg stabilt lavt på 0.3-0.6% de siste årene (8). Praktisk erfaring og endringer i lærebøker viser at forløsningspraksis i Norge endret seg fra 1960-1990-årene fra en "hands on" til en "hands off" filosofi (7,10,11). Endringene i forløsningspraksis i Norge er ikke dokumentert i fødejournalene eller Medisinsk fødselsregister. Samuelsson et.al viste i sin studie fra 2000 at manuell støtte og visualisering av perineum var sterkt beskyttende mot OASR (8). Parnell et.al. viste at perineumstøtte var beskyttende mot OASR ved instrumentelle fødsler (8). I tillegg viste gode resultater fra første intervensjonssted ved Sykehuset Østfold, Fredrikstad, i 2008 å være et nytt indisium for å utvide studien til fire nye sykehus (10).

Intervensjonsstudien skulle foregå over fire til seks måneder ved hver fødeavdeling (totalt 5), og hyppigheten av sfinkterskader før, under og etter intervensjonen skulle kartlegges. I tillegg til kursvirksomhet for alle ansatte jordmødre og leger, skulle en finsk jordmor med spesialkompetanse arbeide i avdelingen i seks til åtte uker for å gi feedback til den enkelte medarbeider. "Superbrukere" skulle også utdannes, tre til fire jordmødre og/eller leger, for å opprettholde fokus på problemstillingen og fortsette opplæringen etter disse åtte ukene (7). Selve intervensjonen innebar å senke hastigheten ved forløsningen av barnets hode, og å instruere mor til ikke å presse når hodet forløses (11). Å senke hastigheten ved forløsningen av barnets hode er en klassisk anbefaling i mange eldre lærebøker (11) (10) (8). Dette kan oppnås ved å holde en hånd på barnets hode når det kroner. Kombinert med å instruere mor til ikke å presse når hodet forløses vil man kunne oppnå god kontroll over farten på hodets forløsning under forløsningens siste stadium. Studien tok i tillegg bruk av et håndgrep, et modifisert Ritgens håndgrep, der man støtter perineum med den andre hånden (som ikke støtter hodet) samtidig som man griper om barnets hake med en flektert langfinger for å lede hodet i mest gunstig vinkel gjennom introitus (10,11). Videre skulle den fødende hjelpes til å velge en posisjon for de siste minuttene av presseriene som ga god oversikt over

perineum for forløseren (jordmor eller lege) slik at metoden kunne utføres. Det ble under studien også vektlagt å utføre episiotomi kun på klinisk indikasjon (11). Imidlertid har utførelse og indikasjonsgrunnlag for episiotomi også vært omdiskutert, og det er fortsatt store variasjoner i bruken både mellom ulike land, og innenfor ulike institusjoner i samme land, slik at det kan være uenigheter faglig om hva som ansees å være korrekt klinisk indikasjon for episiotomi.

Bruk av episiotomi

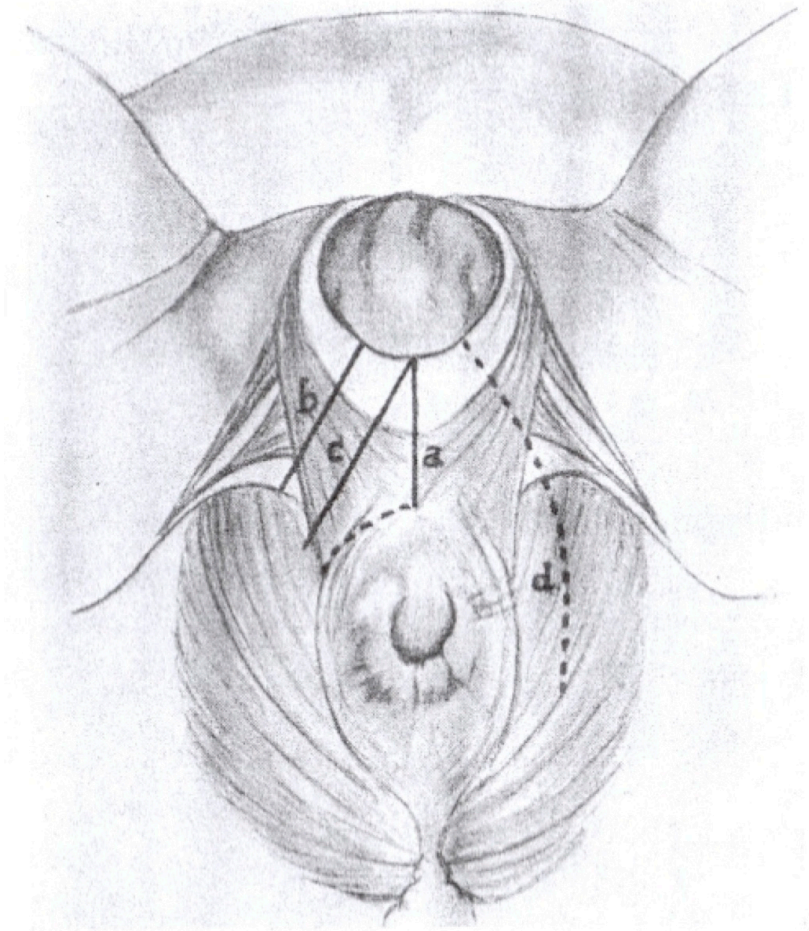
Episiotomi defineres som kirurgisk utvidelse av vaginalåpningen ved en incisjon i perineum under siste del av andre stadiet av forløsningen (12) (egen oversettelse).

Bruken av episiotomi er omstridt, og det er svært ulik praksis i bruk av episiotomi i forskjellige deler av verden. I Europa har man tradisjonelt benyttet en mediolateral episiotomi (se klassifikasjon under), mens man i USA har benyttet en medial episiotomi. Det er en pågående diskusjon i fagmiljøer i hvor stor grad man bør utføre episiotomier ved vaginale fødsler, og i hvilken grad det kan hindre OASR. Ulike studier viser at det er flere faktorer som påvirker i hvilken grad episiotomi kan virke forebyggende på OASR. Ulike episiotomiteknikker kan virke fremmede eller forebyggende på OASR; medial episiotomi er tidligere vist å gi signifikant høyere risiko for 3.- og 4.grads perineumrifter sammenlignet med mediolateral episiotomi (13). Operativ vaginal forløsning, enten ved bruk av vakum eller tang, gir økt risiko for perineumskader (og OASR) og er en anerkjent indikasjon for episiotomianleggelse (14).

Det er beskrevet syv ulike typer av episiotomi-incisjoner i litteraturen. Under følger en beskrivelse av medial og mediolateral som brukes oftest, samt lateral som brukes i noen europeiske land (12) :

- Medial episiotomi starter ved bakre kommisur og løper langs midtlinjen gjennom den sentrale senen i perineum. Lengden på incisjonen tilsvarer vanligvis halve perineums lengde.
- Ved mediolateral episiotomi legges incisjon som starter i midtlinjen, og føres lateralt nedad vekk fra rektum.
- En lateral episiotomi har incisjonsstart ved vaginale introitus 1-2 cm lateralt for midtlinjen, og denne føres nedad mot tuber ischiadicum (15).

Bilde 1: Medial (a), lateral (b) og mediolateral (c) insisjon (16)



Tradisjonelt har man i Norge vært mer liberal i bruken av episiotomi sammenliknet med sine naboland, og i all hovedsak har man brukt mediolateral episiotomi. Det har vært motstridene resultater fra ulike studier om hvorvidt grunnlaget for den norske praksisen er korrekt (4). Dagens bruk av perineumstøtte og episiotomi baseres på denne historikken og klinisk erfaring.

Retningslinjer for klinisk bruk av perineumstøtte og episiotomi i Norge i dag

Leger og jordmødre har ulike arbeidsoppgaver i fødselsomsorgen. Per dags dato foreligger det ingen nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen. Helsedirektoratets retningslinjer foreligger i nettbasert versjon, og dagens tekst lyder: ” Når det gjelder [...] utarbeidelse av retningslinjer for fødselsomsorgen ligger dette lenger frem i tid ” (17). I dag kan profesjonene støtte seg på en faglig «veileder» som er utarbeidet av fagmedisinsk

forening, Norsk gynekologisk forening, ved Den norske legeforening (18). Denne veilederen er hovedsakelig rettet mot behandling og oppfølging av diagnostisert OASR, men inneholder også noen anbefalinger vedrørende forebygging som gjengis nedenfor. Forfatterne presiserer selv at anbefalingene er gitt på grunnlag av klinisk erfaring.

Tabell 2: Nasjonal veileder for fødselsomsorg (18)

Anbefalinger for forebygging av perinealruptur ved fødsel

- Perineumstøtte/hodestøtte (spes.viktig hos førstegangsfødende, forventet stort barn, tidl. sfinkterruptur, perineumødem og instrumentell forløsning)
- Unngå ødem i perineum
- Unngå forlenget 2. stadium
- Viktig å kunne visualisere perineum
- Nøye observasjon av perineums farge og elastisitet
- Episiotomi benyttes kun når dette kan redusere risiko for alvorlig perinealruptur og når man ønsker å hente barnet raskt ut på grunn av truende asfyksi

Da det ikke foreligger nasjonale retningslinjer, har vi valgt å se på interne prosedyrer ved Oslo universitetssykehus (OUS; med fødeavdelinger på Ullevål og Rikshospitalet) angående perinealrifter (vedlegg 3), for å undersøke om mulige arbeidsforskjeller blant jordmødre og leger kan skyldes forskjellige instruksjoner. Disse prosedyrene har som mål å beskrive forebygging og behandling av OASR for leger og jordmødre ansatt ved de aktuelle avdelingene. Prosedyren ved OUS presiserer at det er den behandlende jordmor/lege som selv er ansvarlig for å følge prosedyren. Prosedyren skal også forevises til nyansatte og studenter av ”ressursjordmor”, slik at alle er kjent med avdelingens rutiner på det aktuelle temaet. Prosedyren beskriver at forebyggingstiltak mot OASR skal brukes på alle fødsler, på grunnlag av at sfinkterskade ikke kan forutsies. Som et ledd i forebyggingen skal alle leger og jordmødre ved avdelingene få opplæring og kvalitetskontrolleres i forløsningsteknikk, dette innebærer aktiv ledelse av stadium 2 og to-hånds støtte. Dette gjøres ved at den ene hånd bremser barnets hode ved kroning. Andre hånd støtter perineum, enten ved modifisert Ritgens eller krummet hånd, slik at fingrene ”skviser” sammen perineumvevet fra sidene mot midtlinjen for å lette trykket i midtlinjen av bakre perineum. Videre oppfordres det til å ha en aktiv dialog med den fødende før forløsning om ulike fødestillinger, kommunikasjon og viktigheten av at kvinnen ikke presser når hodet forløses. Kvinnen kan selv velge en annen

fødestilling enn anbefalt, men hun skal da være informert om at manglende perineumstøtte er en risikofaktor for OASR. Angående episiotomi som forebyggende tiltak angir prosedyren at dette kun skal gjøres på indikasjon, den skal ikke være medial, og vinkelen skal være tilstrekkelig stor nok til å unngå OASR. Med dette menes en episiotomi som starter lateralt for midtlinjen, og vinkles minst 60° mot tuber ischiadicum. I dette avsnittet av prosedyreheftet angis det ingen instruksforskjeller mellom jordmor og lege (vedlegg 3).

Den nasjonale handlingsplanen vedrørende sfinkterskader i Norge problematiserer det faktum at det per i dag ikke finnes klare retningslinjer og anbefalinger under jordmorutdanningen for forebygging mot OASR. Avhengig av hvilken utdanning og veiledning jordmorveiledere har fått, ser det ut til å være ulike holdninger hos disse (7). Nasjonalt råd anbefaler derfor at det utarbeides felles anbefalinger på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis til bruk på jordmorutdanningene. Disse anbefalingene bør inneholde bruk av støtteteknikk og andre forebyggende tiltak mot OASR (7). Handlingsplanen anbefaler også et formelt krav om tilstedeværelse ved normale fødsler som del av spesialistutdanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer for leger, samt at alle fødeinstitusjoner tilbyr videreutdanning og trening i forløsningsteknikker som beskytter perineum. Dette for å redusere en klinisk vist forskjell i OASR-frekvens innad i hver av yrkesgruppene (7).

Resultater

Kan bruk av perineumstøtte og episiotomi påvirke antall sfinkterskader?

Endring i OASR-rate etter innføring av perineumstøtte

Resultatene fra det første sykehuset som ble med i intervensjonsstudien, Sykehuset Østfold, Fredrikstad, ble publisert i 2008 (11). Studien inkluderte totalt 12 369 vaginale fødsler mellom 2002 og 2007, mens selve intervensjonsprogrammet startet i september 2005, og foregikk i 18 måneder. Insidensen av OASR gikk signifikant ned fra 4,03% i perioden 2002-2004, til 1,17% (11). I samme periode, fra 2002-2007, var det ingen statistisk signifikant endring i andel fødsler med høy fødselsvekt, andel førstegangsfødende, bruk av epidural, antall skulderdystocier eller setefødsler. Den mest dramatiske nedgangen var i antall 4.grads rupturer, fra 10, 13 og 11 stykker hvert år fra 2002-2004, til kun 1 i hele intervensjonsperioden på 18 måneder. Antallet instrumentelle fødsler økte noe fra 9,8 % i 2002-2004, til 12,2% de siste 9 månedene av intervensjonsperioden. Forfatterne mente at manuell perineumstøtte var den viktigste delen av programmet for å forklare nedgangen i antall sfinkterrupturer (11).

Hals et al. rapporterte resultatene fra de neste fire sykehusene der intervensjonsstudien var gjennomført. Det var 40 152 vaginale fødsler med i studien totalt, fra 2003-2009. Insidensen av OASR gikk signifikant ned fra 4-5% til 1-2% ved alle de fire sykehusene i løpet av intervensjonsperioden. Nedgangen gjaldt både for ikke-instrumentelle og instrumentelle fødsler, og størst var nedgangen av grad 4 rupturer (10). At studien ikke var en randomisert kontrollert studie kan sees på som en svakhet, men studieforfatterne argumenterte for at et slikt studiedesign ville være uetisk når de allerede hadde funnet en dramatisk nedgang i antallet rupturer etter en liknende intervensjon (10,11). Studien konkluderte med en anbefaling om at andre sykehus også burde innføre en liknende intervensjon for å redusere forekomsten av denne alvorlige komplikasjonen ved vaginale fødsler (10).

Episiotomiteknikk og -rate med påvirkning på antall OASR

En studie utført i Irland sammenlignet 2 grupper av førstegangsfødende kvinner som alle 3 måneder tidligere hadde fått gjennomført mediolateral episiotomi. Den ene gruppen hadde fått OASR under forløsning, hos kontrollgruppen var dette ikke tilfelle. Studien viste at

gjennomsnittsvinkelen av episiotomiarret var mindre i casegruppen (30°) enn i kontrollgruppen (38°), og risiko for tredjegrads ruptur viste nedgang fra rett under 10% risiko hos kvinner med en episiotomivinkel på under 25° til 0.05% hos kvinner med en episiotomivinkel over 45°. Man fant i gjennomsnitt 50% relativ risikoreduksjon i OASR for hver gang vinkelen på episiotomien økte med 6.3 grader fra midtlinjen. Forholdet mellom episiotomivinkel og risiko for tredjegrads rift forble signifikant selv etter at fødselsvekt og forløsningsmetode ble inkludert som variabler (13).

Det viser seg også at én og samme episiotomiteknikk kan gi ulik beskyttelse for OASR avhengig av hvordan klippet utføres, og av hvem som utfører inngrepet. Det finnes studier som viser at jordmødre og leger utfører episiotomi ulikt, noe som kan føre til ulik grad av forebygging og risiko for anal sfinkterruptur knyttet til en episiotomi. En studie fra Storbritannia tok for seg forskjell i leger og jordmødres episiotomiteknikk, ved å be dem fylle ut et spørreskjema, og tegne inn hvordan de ville utført en episiotomi. Studien viste at legene klypte signifikant lengre episiotomier og med større vinkel fra perineums midtlinje enn episiotomier utført av jordmødre. Forfatteren mener at dette kan tyde på en forskjell i holdninger hva angår perineumskade under en normal fødsel. Samme studie viste at når man definerte mediolateral episiotomi til å være en linje som starter i midtlinjen for deretter å vinkles ut mellom 45° og 60°, slik de fleste fagbøkene foreslår, ville kun en tredjedel av episiotomiene utført i studien vært reelt mediolaterale. Her var det ingen forskjell mellom jordmødre og leger (14).

Andrews et al. viste at forskjellene i episiotomiutførelse også var tilstede i klinisk praksis, og at episiotomivinkel faktisk er assosiert med OASR. I denne studien ble episiotomiens lengde, dybde og avstand fra midtlinjen, samt korteste avstand fra midtpunkt i analkanal, målt etter at episiotomien var suturert hos førstegangsfødende. Videre ble vinkel på perinealt traume beregnet. Resultatene viste at ingen av episiotomiene utført av jordmødre var mediolaterale hvis man la kriteriene overfor til grunn. En tredjedel viste seg i realiteten å være midtlinje-episiotomier. Blant legene var kun 22% mediolaterale. Også her ble det funnet at leger utførte signifikant lengre episiotomier enn jordmødrene, og hadde større vinkel fra analkanal (19). Det er dog viktig å nevne at det i begge studier trekkes frem at legenes utførelse av episiotomier ofte er assosiert med instrumentell fødsel, og at dette kan være noe av grunnen til at de klipper lengre episiotomier (14,19). Studien viser videre til at randomiserte kontrollerte studier fra Cochrane indikerer at restriktiv bruk av mediolateral episiotomi er assosiert med mindre perinealt traume, færre suturer, og færre komplikasjoner.

Det blir foreslått at dette kan skyldes de fakta man har kommet fram til i studien, og at det er nødvendig med en standardisering av mediolateral episiotomi for å kunne fastslå i hvilken grad det gir beskyttelse, eller utgjør en risiko for OASR (19). Dette stadfestet også i en studie fra 2007, som undersøkte ulike definisjoner av mediolateral episiotomi i 34 ulike land i Europa. Det ble funnet stor variasjon i definisjon og derav sannsynligvis også utførelse av mediolateral episiotomi blant ulike sykehus i Europa (20).

I tillegg til ulikheter i episotomiteknikk og frekvens mellom ulike profesjoner, er det også som nevnt ulikheter mellom land. Finland har sammenlignet med andre nordiske land alltid hatt en lav insidens av OASR. Mellom 1996 og 2007 økte imidlertid insidensen av OASR i Finland fra 0.2% til 0.9%. Samtidig falt episotomifrekvensen år for år fra 42% i 1997 til 29% i 2007. Det kan ikke slås fast om det var en kausalitet mellom tallene, men det er senere vist at andre risikofaktorer for OASR, herunder makrosomi og instrumentell vaginal forløsning, ikke endret seg signifikant i Finland i løpet av denne perioden (21). Grunnet økningen i OASR ble det satt i gang en studie som skulle identifisere ulike risikofaktorer for OASR i Finland, og detektere forskjeller i risikofaktorer mellom første- og flergangsfødende kvinner. Ut i fra denne studien viste det seg at det også var forskjell i hvilken grad lateral episiotomi beskyttet mot OASR hos første- og flergangsfødende. Det var kun hos førstegangsfødende lateral episiotomi ga en signifikant redusert risiko for OASR, med et ”number needed to treat” på 909. Det ble derfor anbefalt en restriktiv bruk av lateral episiotomi ved vaginal forløsning. Forfatterne foreslo at de sprikende konklusjonene vedrørende i hvilken grad episiotomi er effektivt for å forhindre OASR kunne skyldes at det tidligere ikke var tatt hensyn til ulik effekt hos første- og flergangsfødende (22).

Som en oppfølging til denne studien kom det i 2011 ut en artikkel fra de samme forfatterne som nyanserte dette bildet. Her klassifiserte de bruk av episotomi på finske sykehus i tre kategorier: lav, intermediær og høy episotomibruk. Denne studien viste at høy episotomirate kunne synes beskyttende mot OASR hos begge gruppene (første- og flergangsfødende). Hos førstegangsfødende ble antall OASR redusert i takt med økt bruk av episotomi. Det var en 18% reduksjon av OASR ved fødsler med episotomi, og 39% reduksjon der fødselen fant sted på sykehus klassifisert med høy bruk av episotomi. Blant flergangsfødende var det på individuelt nivå en økning av OASR-risiko assosiert med bruk av episotomi, mens ustrakt bruk av episotomi var assosiert med en nedgang i OASR-risiko på 45%. Den økte risikoen på individuelt nivå blir forklart ved en konfundering av indikasjon på OASR, det vil si at det hos flergangsfødende oftere ble utført episiotomi hos dem som hadde

en allerede høy risiko for OASR, og derfor er de ikke sammenlignbare med dem som ikke fikk utført episiotomi (21).

Intervensjonsstudien fra Norge som skulle se på forekomst av sfinkterskader før, under og etter en intervensjon med perineumstøtte, registrerte også bruken av episiotomi. Ved første intervensjonssted, Sykehuset Østfold, Fredrikstad, var episiotomifrekvensen 13,9% før intervensjonen, men viste en økning i antallet episiotomier til 23,1% i løpet av de første 9 måneder av intervensjonen, for deretter å falle til 21,1 % (11). Samtidig med økningen i episiotomiraten, sank som tidligere beskrevet OASR-raten signifikant. Forfatterne foreslo at korrekt indikasjon for og teknikk ved utførelse av episiotomi kunne være to av faktorene med effekt på nedgangen av OASR (11).

Ved de fire andre sykehusene i intervensjonsstudien økte antallet episiotomier ved to av sykehusene, og forble uendret ved de andre to. De to sykehusene som oppnådde lavest OASR-rate var de sykehusene som også hadde uendret episiotomifrekvens (10). En del av intervensjonen var at man skulle benytte episiotomi kun på indikasjon (10). Forfatterne argumenterte for at ikke-midtlinjé episiotomi bør brukes på indikasjon, og bør utføres med en stor vinkel vekk fra analåpningen for å redusere risikoen for OASR.

Resultater fra jordmorstudien

Spørsmål 13: Jeg tror at anal sfinkterskader under fødsel kan forebygges

Crosstab

		OASIS prevention				Total
		do not know	partially disagree	partially agree	totally agree	
Ahus	Count	0	0	10	6	16
	% within Hospital_A	0.0%	0.0%	62.5%	37.5%	100.0%
Bærum	Count	0	0	14	8	22
	% within Hospital_A	0.0%	0.0%	63.6%	36.4%	100.0%
Fredrikstad	Count	0	0	45	23	68
	% within Hospital_A	0.0%	0.0%	66.2%	33.8%	100.0%
St. Olav	Count	0	1	23	30	54
	% within Hospital_A	0.0%	1.9%	42.6%	55.6%	100.0%
Stavanger	Count	1	4	34	37	76
	% within Hospital_A	1.3%	5.3%	44.7%	48.7%	100.0%
Ullevål	Count	1	2	49	34	86
	% within Hospital_A	1.2%	2.3%	57.0%	39.5%	100.0%
Total	Count	2	7	175	138	322
	% within Hospital_A	0.6%	2.2%	54.3%	42.9%	100.0%

Spørsmål 20: Jeg synes støtting av perineum med hender

Crosstab

		Usefulness of perineal protection				Total
		always useful	usually useful	not useful /harmful	usually harmful	
Ahus	Count	12	4	0	0	16
	% within Hospital_A	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Bærum	Count	17	5	0	0	22
	% within Hospital_A	77.3%	22.7%	0.0%	0.0%	100.0%
Fredrikstad	Count	47	20	0	0	67
	% within Hospital_A	70.1%	29.9%	0.0%	0.0%	100.0%
St. Olav	Count	33	20	1	0	54
	% within Hospital_A	61.1%	37.0%	1.9%	0.0%	100.0%
Stavanger	Count	58	16	2	0	76
	% within Hospital_A	76.3%	21.1%	2.6%	0.0%	100.0%
Ullevål	Count	64	20	1	1	86
	% within Hospital_A	74.4%	23.3%	1.2%	1.2%	100.0%
Total	Count	231	85	4	1	321
	% within Hospital_A	72.0%	26.5%	1.2%	0.3%	100.0%

Spørsmål 19: Jeg synes episiotomi som inngrep

Crosstab

		Usefulness of episiotomy						Total
		no answer	always useful	usually useful	not useful /harmful	usually harmful	always harmful	
Ahus	Count	0	0	5	2	8	0	15
	% within Hospital_A	0.0%	0.0%	33.3%	13.3%	53.3%	0.0%	100.0%
Bærum	Count	4	1	10	4	3	0	22
	% within Hospital_A	18.2%	4.5%	45.5%	18.2%	13.6%	0.0%	100.0%
Fredrikstad	Count	0	4	28	14	17	2	65
	% within Hospital_A	0.0%	6.2%	43.1%	21.5%	26.2%	3.1%	100.0%
St. Olav	Count	0	0	28	10	16	0	54
	% within Hospital_A	0.0%	0.0%	51.9%	18.5%	29.6%	0.0%	100.0%
Stavanger	Count	0	0	47	13	15	0	75
	% within Hospital_A	0.0%	0.0%	62.7%	17.3%	20.0%	0.0%	100.0%
Ullevål	Count	7	6	52	11	9	0	85
	% within Hospital_A	8.2%	7.1%	61.2%	12.9%	10.6%	0.0%	100.0%
Total	Count	11	11	170	54	68	2	316
	% within Hospital_A	3.5%	3.5%	53.8%	17.1%	21.5%	0.6%	100.0%

Vi har valgt å presentere data for tre spørsmål fra den nordiske jordmorstudien. Disse spørsmålene omhandler jordmødres tro på om OASR kan forhindres, og deres syn på nytten av perineumstøtte og episiotomi. Vi bruker her svarene som kom inn fra de norske sykehusene Oslo universitetssykehus; Ullevål og Akershus, Bærum sykehus, Fredrikstad sykehus, St.Olavs universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus.

På spørsmålet om den enkelte jordmor tror at OASR kan forhindres, svarte 54, 3 % av de deltakende jordmødrene at de er delvis enig, mens 42,9% er helt enig. Bare 2,2% er delvis uenig i at dette kan forhindres, og 0,6% svarer at de ikke vet. Hva gjelder spørsmålet om perineumstøtte er det noe mer unisont; 72,0% mener at dette alltid er nyttig, 26,5% at det vanligvis er nyttig, mens kun 1,2% svarer de synes det er unyttig/skadelig, og 0,3% mener det er vanligvis skadelig. På spørsmålet om nytten av episiotomi er det en større spredning i svarene. Her mener 3,5% at det alltid er nyttig og 53,8% synes det vanligvis er nyttig. 17,1% finner det verken nyttig eller skadelig, 21,5% finner det vanligvis skadelig og 0,6% mener det alltid er skadelig. Kun 3,5% av deltakerene svarte ikke på dette spørsmålet.

Resultater fra NFOG

Praktiserer du perineumstøtte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	always	231	85,9	87,5	87,5
	always if instrumental delivery	20	7,4	7,6	95,1
	Sometimes	8	3	3	98,1
	Never	5	1,9	1,9	100
	Total	264	98,1	100	
Missing	System	5	1,9		
Total		269	100		

Når episiotomi er indisert

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Never	1	0,4	0,4	0,4
	If there is need/on clinical indications	265	98,5	99,6	100
	Total	266	98,9	100	
Missing	System	3	1,1		
Total		269	100		

Fra studien utført på NFOG-møtet i Bergen i 2012 har vi trukket ut to spørsmål som omhandler de deltagende legenes bruk av perineumstøtte og episiotomi. Det var totalt 269 deltagende, og det skilles ikke her på hvilket land i Norden den enkelte er fra.

Angående perineumstøtte svarte 87,9% at de alltid praktiserer dette, 7,6% utfører det alltid hvis det er instrumentell forløsning, 3,0% utfører det av og til, mens kun 1,9% svarer at de aldri utfører perineumstøtte. På spørsmål om de utfører episiotomi svarer hele 99,6% at de utfører dette når nødvendig/på klinisk indikasjon, og kun 0,4% svarer at de aldri utfører episiotomi.

Diskusjon

Grunnlaget for perineumstøtte og episiotomi

Det teoretiske grunnlaget for bruk av perineumstøtte og episiotomi viser seg å ha vesentlige mangler. Dagens praksis baserer seg på klinisk erfaring og en «veileder» (utgitt av Norsk Gynekologisk Forening), og nasjonale retningslinjer mangler. Det er gjort mange studier både på bruk av episiotomi og perineumstøtte, og disse viser at det er store variasjoner i klippeteknikk og standardiserte prosedyrer er mangelvare. Det kan også tenkes at forskjell i opplæring og holdning til episiotomi hos jordmødre og leger kan bidra til ulik praksis.

Nyere studier indikerer at perineumstøtte utført til rett tid og på riktig måte er med på å redusere forekomsten av OASR betydelig (11). Det er grunn til å tro at disse studiene har god validitet. Totalt viser de nevnte studiene omhandlende episiotomi at det på nåværende tidspunkt er vanskelig å konkludere med effekten en episiotomi har på forekomsten av OASR, men det er vist at en episiotomi som oppfyller kriteriene for å være en mediolateral episiotomi kan redusere forekomsten. Få av studiene er randomisert-kontrollerte studier, og det er i ustrakt grad lite validert hvordan episiotomien er utført. Det bør derfor oppmuntres til en standardisering av og klinisk dokumentasjon av de ulike episiotomiteknikkene, slik at ulike studier av episiotomi lettere kan sammenlignes og valideres.

Resultatene fra den norske studien skapte debatt

Gjeninnføringen av en gammel forløsningsteknikk som ble brukt for mange år siden i Norge, møtte stor skepsis. Ekspertteamene og de i ledende posisjoner ved de ulike fødeavdelingene fikk mye kritikk og ble direkte motsagt (10). Pirhonen bekrefter selv å ha møtt mange motforestillinger mot bruken av håndgrepet, og implisitt også mot selve gjennomføringen av studien (5). I det «Norske tidsskrift for jordmødre» er det blitt publisert flere innlegg i årene 2009-2011 som viser stor motstand mot rutinemessig innføringen av modifisert Ritgens håndgrep og andre forløsningsmetoder. Sitater herfra som: «Det er etisk uforsvarlig å være så militant at vi skal bestemme at fødekvinnen skal ligge på rygg og føde», og «Jeg er veldig i mot standardisering av biologiske prosesser som en fødsel er», vitner om et svært ampert klima rundt studien, selv om de fleste jordmødre i Norge hilste et større fokus på perineumriftproblematikken velkommen (6). Med en rekke personalmøter, og positive resultater etter kun kort tid, roet motstanden seg noe, og den «nye» metoden synes raskt å ha blitt populær blant majoriteten av jordmødre og fødselsleger (5), sannsynligvis pga

dokumentasjon av raskt forbedrete resultater med målbar nedgang i forekomsten av OASR.

Hvordan fremstår dagens holdninger til perineumstøtte og episiotomi?

Jordmødres holdninger til perineumstøtte og episiotomi som preventivt tiltak mot OASR

Jordmorstudien viser at flertallet av jordmødrene som deltok mener at perineumstøtte alltid er nyttig, og kun et fåtall mener at perineumstøtte kan være eller alltid er skadelig. Det er derfor grunn til å tro at perineumstøtte nå er vel etablert i praksisen til norske jordmødre, og at de stiller seg positive til bruken og nytten av perineumstøtte under vaginal forløsning. Hva gjelder forebygging av OASR er det større spredning i svarene, og den største andelen er delvis enig i, eller helt enig i at dette kan forhindres. Vi kan ikke ut fra denne studien si noe om hvorfor mange av jordmødrene kun er delvis enig i at OASR kan forhindres. Det kan tenkes at jordmødrene finner enkelte risikofaktorer vanskelig å kontrollere, som for eksempel stort barn, instrumentell vaginal forløsning etc. Det kan også være et uttrykk for en aksept for at OASR til en viss grad vil måtte forekomme. Den store spredningen i svarene på nytte/skade av episiotomi kan mulig forklares med den tidligere beskrevne problematikken rundt standardisering av episiotomiteknikk, hvor det ble vist en forskjell i vinkel og lengde på episiotomi utført av jordmødre og leger. Flere kan ha erfaringer med episiotomier som ikke er nok vinklet, og derfor har hatt liten eller skadelig effekt. Til forskjell fra legene som i større grad er positive til episiotomi (se under) kan dette være grunnlaget for en noe mer skeptisk holdning til episiotomi blant jordmødrene, som tradisjonelt håndterer lavrisikofødsler. Dermed har disse lavere risiko for OASR enn legene som utfører de operative høyrisikofødslingene for OASR med vakum eller tang.

Legers holdninger til perineumstøtte og episiotomi som preventivt tiltak mot OASR

Blant de deltakende legene på NFOG som valgte å svare på spørreskjemaet er det en stor andel som svarer at de både praktiserer perineumstøtte og utfører episiotomi på bakgrunn av klinisk indikasjon. Dette viser en positiv holdning til perineumstøtte også blant gynekologer, slik som hos jordmødre. Hva gjelder episiotomi svarer svært mange at de utfører dette på klinisk indikasjon, og dette kan tolkes som en positiv holdning til utførelse av episiotomi. Det sier imidlertid ikke noe om hva den enkelte anser som klinisk indikasjon, og det kan derfor være store individuelle forskjeller i hvilke situasjoner og hvor ofte man faktisk utfører episiotomi. Disse resultatene kan vise at nordiske gynekologer og norske jordmødre

har gjennomgått en holdningsendring etter at det ble satt nasjonalt fokus på sfinkterskader. Holdningene til profesjonene fremstår i disse studiene mer positive til perineumstøtte, og også episiotomi virker i større grad å anerkjennes som et preventivt tiltak mot OASR enn tidligere. Det har hittil vært lite forskning på dette feltet, og gruppene og tallene som presenteres i denne oppgaven er for små til å konkludere.

Konklusjon

Vi har i denne oppgaven tatt for oss det teoretiske grunnlaget for dagens bruk av perineumstøtte og episiotomi i Norge, og sett på hvordan dette kan virke forebyggende på OASR. Videre har vi belyst ulike teknikker som brukes, og hvordan holdningene til forebygging av OASR er blant leger og jordmødre i dag.

Det var i Norge en økende insidens av OASR i perioden 1960-2000. Dette førte til at det i 2006 ble laget en handlingsplan og igangsatt intervensjonsstudier for å redusere antall sfinkterskader. Dette medførte et økt fokus på perineumstøtte under fødselens andre stadium, som gjennom mange studier har vist seg å virke forebyggende på OASR. Dagens praksis av perineumstøtte i Norge er sterkt preget av disse intervensjonsstudiene. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer, men den faglige veilederen i obstetrikk fra Norsk Gynekologisk Forening anbefaler bruk av perineumstøtte som et preventivt tiltak. Dette synes i dag godt etablert i jordmødre og legers rutine ved vaginale forløsninger.

Når det gjelder bruk av episiotomi er både det teoretiske grunnlaget for bruk og effekt på OASR omdiskutert, og kliniske rutiner er mindre etablert i klinisk praksis enn perineumstøtte. Det er gjennom flere studier vist at vinkelstørrelsen på episiotomien er avgjørende for den forebyggende OASR-effekten, og vinkelen varierer stort mellom profesjoner og enkeltindivider. En mediolateral episiotomi har vist seg å være forebyggende på OASR. Den faglige norske veilederen i obstetrikk anbefaler bruk av episiotomi kun på indikasjon, og dette synes etablert i norsk praksis, selv om indikasjonene ikke er klart avgrensede.

Dagens holdninger blant leger og jordmødre til perineumstøtte og episiotomi som forebyggende tiltak mot OASR er lite undersøkt. Da det ikke foreligger nasjonale retningslinjer har vi sett på interne arbeidsinstrukser for jordmødre og leger på Ullevål. Det er vanskelig å se ut i fra denne instruksjonen at retningslinjene kan ligge til grunn for en eventuell holdningsforskjell. Det vi derimot fant i svarene fra studiene vi bidro til og har sett på svarene fra, var at begge profesjoner synes svært positive til perineumstøtte. Holdningen til episiotomi var mer forskjellig mellom jordmødre og leger, hvor færre jordmødre mente dette var et effektivt tiltak for å redusere OASR. Ut fra dette kan vi si at det i dag generelt blant leger og jordmødre i Norge er en positiv holdning til perineumstøtte som preventivt tiltak mot OASR, mens det i større grad er uenighet om i hvilken grad episiotomi forebygger. Dette er i tråd med den internasjonale forskningen på temaet, og det oppfordres til bedre studiedesign

og en standarisering av episiotomibruk for å kunne se den reelle effekten på OASR spesielt og på postpartum kvinnehelse generelt. Dersom fremtidige studier er konklusive på type episiotomi som er best for kvinnehelsen og bedre avgrensner hvilke kvinner som har nytte av dette kirurgiske inngrepet, vil det sannsynligvis bli mer overensstemmelse i holdninger og praksis mellom forløsere til bruken av episiotomi.

Litteraturliste

1. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable?-- large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 Jan;92(1):94–100.
2. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff AC. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Apr;90(4):319–24.
3. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(5).
4. Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gåreberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG.* 2000 Jul;107(7):926–31.
5. Finskegrepets mor og far [Internet]. jordmorforeningen.no. [cited 2013 Nov 7]. Available from: <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Tidsskrift-for-jordmoedre/Tema/2009/Haandgrep-til-nytte-eller-besvaer/Finskegrepets-mor-og-far>
6. Stor motstand [Internet]. jordmorforeningen.no. [cited 2013 Nov 7]. Available from: <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Tidsskrift-for-jordmoedre/Tema/2009/Haandgrep-til-nytte-eller-besvaer/Stor-motstand>
7. helsedirektoratet SO. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge [Internet]. helsedirektoratet.no. [cited 2013 Nov 7]. Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sfinkterskader-ved-fodsel-bor-reduseres-i-norge/Publikasjoner/sfinkterskader-ved-fodsel.pdf>
8. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Sep;146(1):71–5.
9. Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, Gudmundsson S, Lindqvist P, Siihola S, et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland--result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 Nov;77(10):974–7.
10. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2010 Oct;116(4):901–8.
11. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol.* 2008 May;111(5):1053–7.
12. Fodstad K, Laine K, Staff AC. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. *Int Urogynecol J.* 2013 May;24(5):865–72.

13. Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG*. 2006 Feb;113(2):190–4.
14. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG*. 2003 Dec;110(12):1041–4.
15. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012 Apr;119(5):522–6.
16. Martius HMG. *Geburtshilfliche operationen, ihre ausführung und anwendung; ein Lehrbuch für studenten und Gebrauchsbuch für Ärzte*. Stuttgart: Thieme; 1967.
17. Retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen - Helsedirektoratet.no [Internet]. helsedirektoratet.no. [cited 2013 Dec 1]. Available from: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/gravid/retningslinjer/Sider/default.aspx>
18. Veileder i fødselshjelp 2008 [Internet]. Norsk gynekologisk forening. 2008 [cited 2013 Dec 1]. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp-2008/>
19. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG*. 2005 Aug;112(8):1156–8.
20. Kalis V, Stepan J, Horak M, Roztocil A, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):188–9.
21. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. High episiotomy rate protects from obstetric anal sphincter ruptures: a birth register-study on delivery intervention policies in Finland. *Scand J Public Health*. 2011 Jul;39(5):457–63.
22. Räisänen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1365–72.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Jordmorstudien

120528 Spørreskjema 1, Beskyttelse av perineum

INFORMASJON TIL STUDIEDELTAGER

Studie – Perinealbeskyttelse ved fødselens aktive fase av stadium 2

Du kontaktes da vi ber om din deltagelse i et nordisk forskningsprosjekt. Prosjektet gjennomføres ved flere fødeavdelinger i Norden. Du inviteres til å delta fordi du arbeider som jordmor ved en fødeavdeling hvorfra studiemateriale samles.

Nordisk prosjektleder er professor overlege Seppo Heinonen, Kuopio Universitetssykehus, Universitetet i Øst-Finland. Registeransvarlig er jordmor, PhD Sari Räisänen. Prosjektleder i Norge er overlege Katariina Laine, OUS, Ullevål, Universitetet i Oslo.

Studien er avklart med regional etisk komité.

Formålet med studien

Forekomsten av obstetrisk sfinkterskade (grad 3 og 4 perinealrifter) er bestemt å være en av kvalitetsindikatorerne for pasientsikkerhet i Nordiske land og i øvrige OECD-land. Anal sfinkterskade er en kjent komplikasjon ved vaginal forløsning som kan medføre alvorlige og langvarige helseplager. Mer enn halvparten av kvinner som pådrar seg en slik skade, får problemer i form av anal inkontinens.

Formålet med studien er få informasjon om hvilke metoder jordmødre benytter for å beskytte perineum ved fødselens aktive fase av stadium 2.

Gjennomføring av studien

Studiematerialet samles inn i 2012 ved hjelp av et spørreskjema, som distribueres til jordmødre som jobber med fødsler i deltagende sykehus i Finland, Norge, Danmark og Sverige, totalt 40 fødeavdelinger.

Vedlagt finner du vårt spørreskjema. Dersom du ikke ønsker å delta, ber vi deg likevel om å returnere spørreskjemaet med din utfylte alder.

Studiens fordeler og ulemper for deg

Studien gir deg ingen umiddelbare fordeler, men resultatene fra studien vil kunne hjelpe oss med å utvikle og forbedre pasientbehandling og –sikkerhet. Studien er frivillig og anonym.

Personvern, oppbevaring og håndtering av data

Ved hjelp av spørreskjemaet samler vi inn ikke-identifiserbar informasjon om de metoder du benytter deg av i ditt arbeid som jordmor. Data oppbevares og håndteres i samsvar med Lov om personvern.

Studiedata samles inn uten personalia, blir analysert, håndtert og rapportert i grupper. Det er ikke mulig å gjenkjenne individer. Data oppbevares ut år 2014 på en forskningsserver ved Ullevål sykehus, og spørreskjemaene oppbevares i et låsbart skap ved kvinneklinikken, Ullevål, OUS.

Finansiering

Den norske delen av studien finansieres av Universitetet i Oslo.

Publisering

Det skal skrives artikler basert på resultatene, som vil bli sendt til vurdering for publikasjon i internasjonale tidsskrifter.

Avslutning

Studien avsluttes senest i løpet av år 2014.

Vi svarer gjerne på eventuelle spørsmål du måtte ha!

Med vennlig hilsen,

Forsker, jm, PhD
Sari Räisänen
Savonia-høgskolen
Tel. +35850 337 8258
e-mail: sari.raisanen@savonia.fi

Overlege
Katariina Laine
Oslo universitetssykehus
Universitetet i Oslo
Tel 40285464
e-mail: kattiksen@yahoo.no

Prosjektleder, Professor
Seppo Heinonen
Kuopio universitetssykehus
Tel. +35844 717 2325
e-mail: seppo.heinonen@kuh.fi

Perineumbeskyttelse i aktiv fase av stadium 2 ved fødselen

Spørsmålene handler om beskyttelse av perineum og prevensjon av anal sfinkterskader ved fødselen under aktiv trykktid.

Sykehus, hvor jeg jobber: _____

- A. Vi har bare en føde-enhet på dette sykehuset/fødeinstitusjon
B. Vi har flere forskjellige føde-enheter på vårt sykehus/fødeinstitusjon

Dersom sykehuset har flere forskjellige føde-enheter, du kan velge her hvilken/hvilke avdeling du jobber på:

- A. Vanlig tradisjonell fødeavdeling
B. Jordmorstyrt fødestue, ABC-avdeling eller tilsvarende
C. Lavrisikoavdeling
D. Høyrisikoavdeling
E. Jeg rullerer mellom forskjellige føde-enheter

1. Jeg har jobbet som jordmor _____ år _____ måneder
2. Jeg har jobbet som jordmor på fødeavdeling _____ år _____ måneder
3. Jeg jobber i en _____ % stilling.
4. Alderen min: _____ år
5. Velg episiotomytype som er nærmest den du bruker:
A B C



P.TUOVINEN

6. Hvor mange fødsler har du håndtert i løpet av siste 2 måneder? _____
7. Hvor mange episiotomier har du klippet siste 2 måneder? _____
8. Hvilken type opplæring har du fått for å diagnostisere anal sfinkterskade (inkludert undervisning etter grunnutdanning?)
a. ingenting b. forelesninger c. praktisk undervisning
9. Når har det sist forekommet anal sfinkterskade ved en fødsel som du har håndtert? _____ (årstall)

120528 Spørreskjema 1, Beskyttelse av perineum

10. Hva var den viktigste årsaken til sfinkterskade i denne fødselen (spørsmål 9), etter din mening (velg bare en årsak)

- a. Manglende/mislykket perineumstøtte
- b. Perineumstøtte = berøring av perineum/ trykk på perineum
- c. Rask, kortvarig trykketid
- d. Stort barn
- e. Episiotomi
- f. Manglende episiotomi
- g. Annen årsak _____
- h. Vet ikke

11. De viktigste årsakene til analsfinkterskade under en fødsel er (etter din mening), du kan velge flere alternativ:

- a. Kvinnen er førstegangsfødende (vaginalt)
- b. Stort barn
- c. Langvarig aktiv trykketid
- d. Rask, kortvarig trykketid
- e. Instrumentell forløsning (vacuum eller tang)
- f. Seteleie
- g. Episiotomi
- h. Epiduralbedøvelse
- i. Oxytocin-drypp/stimulering
- j. Feilstilling
- k. Manglende perineumstøtte
- l. Annen årsak _____

12. Vurder følgende tiltak/metoder for å beskytte perineum under fødselen, hvilken betydning har disse tiltakene for profylakse mot anal sfinkterskader under fødsel. (0=ingen betydning, 5=meget stor betydning)

a.	At man støtter perineum	0	1	2	3	4	5
b.	At man bremser hodets forløsningshastighet	0	1	2	3	4	5
c.	Episiotomi	0	1	2	3	4	5
d.	At kvinnen får trykke etter eget behov, uten å bli instruert	0	1	2	3	4	5
e.	At trykningen er instruert og ledet av fødselshjelperen	0	1	2	3	4	5
f.	Kommunikasjon med den fødende	0	1	2	3	4	5
g.	Noe annet, beskriv:	0	1	2	3	4	5

13. Jeg tror at anal sfinkterskader under fødsel kan forebygges

- a. Vet ikke b. Helt uenig c. Delvis uenig d. Delvis enig e. Helt enig

120528 Spørreskjema 1, Beskyttelse av perineum

14. Ved en fødsel uten tegn til fosterasfyksi, i hvilken situasjon ville du klippe episiotomi? (du kan krysse av flere alternativ)

- a. Aldri
- b. Når kvinnen er førstegangsfødende
- c. Ved truende anal sfinkterruptur
- d. Hvis kvinnen har lavt perineum
- e. Ved stort barn
- f. Ved forlenget trykkefase
- g. Ved tvillingfødsel
- h. Kvinnen er sliten
- i. Ved setefødsel
- j. Pasientens ønske
- k. Prematur fødsel (<37 uker)
- l. Hvis kvinnen har en tidligere sfinkterruptur
- m. Annen årsak: _____

15. Hva synes du om episiotomibruk i ditt sykehus

- a. Episiotomibruk bør reduseres
- b. Andel episiotomier er korrekt
- c. Det bør klippes flere episiotomier
- d. Vet ikke

16. Ved en fødsel med normalt forløp og stadium 2 (trykkefase) og uten tegn til fosterasfyksi, hvordan håndterer du perineum når hodet kroner og fødes?

- a. Bremses hodets forløsningshastighet med den ene hånden og støtter perineum med den andre
- b. Bremses hodets forløsningshastighet med en hånd
- c. Støtter perineum med en hånd
- d. Jeg rører ikke perineum og bremser ikke hodets forløsning med hånd når barnet fødes

Dersom du valgte alternativ d, gå til spørsmål 18.

17. Om du bruker metoden du valgte i spørsmål 16 på indikasjon, når velger du å gjøre det (du kan sette flere kryss):

- a. Jeg bruker alltid metoden som jeg valgte i spørsmål 16
- b. Når kvinnen er førstegangsfødende
- c. Ved truende perineumruptur/anal sfinkterruptur
- d. Hvis kvinnen har kort/lav perineum
- e. Ved stort barn
- f. Langvarig stadium 2 /forlenget trykkefase
- g. Kvinnen er sliten
- h. Ved setefødsel
- i. Kvinnens ønske
- j. Hvis kvinnen har en tidligere sfinkterruptur
- k. Annen indikasjon: _____

120528 Spørreskjema 1, Beskyttelse av perineum

18. Hva synes du om bruk av perinealstøtte i ditt sykehus
- a. Bruk av perinealstøtte bør reduseres
 - b. Bruk av perinealstøtte er korrekt
 - c. Perinealstøtte bør brukes mer
 - d. Vet ikke
19. Jeg synes episiotomi som inngrep
- a. er alltid nyttig
 - b. er oftest nyttig
 - c. er hverken nyttig eller skadelig
 - d. er oftest skadelig
 - e. er alltid skadelig
20. Jeg synes støtting av perineum med hender
- a. er alltid nyttig
 - b. er oftest nyttig
 - c. er hverken nyttig eller skadelig
 - d. er oftest skadelig
 - e. er alltid skadelig
21. Jeg synes å bremse hodets forløsnings hastighet
- a. er alltid nyttig
 - b. er oftest nyttig
 - c. er hverken nyttig eller skadelig
 - d. er oftest skadelig
 - e. er alltid skadelig
22. Jeg synes muntlig instruks til mor under trykktiden
- a. er alltid nyttig
 - b. er oftest nyttig
 - c. er hverken nyttig eller skadelig
 - d. er oftest skadelig
 - e. er alltid skadelig
23. Vile du som jordmor delta i en studie hvor bruken av episiotomi undersøkes i en randomisert kontrollert studie (RCT)?
- a. Ja
 - b. Nei
 - c. Vet ikke
24. Vile du som jordmor delta i en studie hvor bruken av perineumstøtte undersøkes i en randomisert kontrollert studie (RCT)?
- a. Ja
 - b. Nei
 - c. Vet ikke

Takk for at du svarte på spørsmålene!

Vedlegg 2 – Perineumstudien NFOG



A survey on episiotomy technique performance amongst doctors attending the NFOG conference in Bergen, June 2013

Dear colleague,

We hope you can make time to answer some questions regarding episiotomy performance. Additionally we would like you to draw how you perform an episiotomy on our figure, as accurately as possible and as close to how you would perform the incision in the clinical ward. **This survey is fully anonymous as to personal data.**

The perineum study is an ongoing 4-step trial conducted at Oslo University Hospital, Ullevål in Norway. The study aims to assess risk factors for anal sphincter injuries during vaginal birth. We are also interested in knowing more about how doctors in the Nordic countries perform episiotomies and how often they use episiotomy at instrumental delivery.

*You may fill in the questionnaire and leave it at the NFOG registration counter in the yellow marked box ("Episiotomy survey"). We will on the last day of the conference randomly choose a winner of an iPad, and announce the winner by the registration desk as well as at the gala dinner. If you leave your name and contact information with us after filling in the questionnaire, **you can be the owner of this iPad.** There is NO link between the contact information sheet and the questionnaire.*

Thank you for your contribution to this survey!

Kind regards,
Kathrine Fodstad (MD/ PhD-student),
Consultant Katariina Laine and Professor Annetine Staff
at Oslo University Hospital, location Ullevål, Norway

1. I am a consultant/specialist I am a trainee
2. Number of years doing obstetrical clinical work _____(years)
3. I mainly work clinically in _____ (which country)

IF consultant/specialist: I mainly work in the field of

4. Obstetrics General gynaecology/Oncology Equally much in both specialties
5. I have been a specialist in gyn/obst for _____ years
6. I do clinical duty on the Obstetrical Ward
 I **never** do clinical duty on the Obstetrical Ward

7. I **annually** perform approximately (choose 1 alternative)

- 0-2 vaginal instrumental (vacuum/ forceps) deliveries
- 3-10 vaginal instrumental (vacuum/ forceps) deliveries
- 11-20 vaginal instrumental (vacuum/ forceps) deliveries
- more than 20 vaginal instrumental (vacuum/ forceps) deliveries

8. I perform episiotomy at vaginal **instrumental delivery** (vacuum/forceps)
(choose 1 alternative)

- Almost never/very seldom
- Sometimes
- In more than 50 % of instrumental deliveries
- Almost always
- Always

9. I believe episiotomy is appropriate to perform (you can choose more than 1 alternative)

- Never
- Always in a primiparous
- Always in vacuum/forceps deliveries
- If there is need/ on clinical indication
- If the clinical indication is fetal distress
- If there is a risk of Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS)
- In breech delivery

10. Would you participate in a clinical study that randomized different episiotomy techniques
(a randomized controlled trial, RCT)? (choose 1 alternative)

- Yes
- No
- I don't know

11. Do you practice manual perineal support during delivery? (You can choose more than 1
alternative)

- Always
- Always, if instrumental vaginal delivery (vacuum/forceps)
- Always, if (vaginal) primiparous
- Sometimes
- Never

12. Would you participate in a study that randomized manual perineal support versus no
perineal support (in form of a randomized controlled trial, RCT)? (choose 1 alternative)

- Yes
- No
- I don't know

On the photo below, please draw how you perform an episiotomy as **accurately** as possible in regards to **size and site**



Reprinted with permission from The British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Kalis et al, 2012, BJOG

13. What type of episiotomy have you drawn?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Midline/Median | <input type="checkbox"/> Other, please specify _____ |
| <input type="checkbox"/> Mediolateral | <input type="checkbox"/> I don't know |
| <input type="checkbox"/> Lateral | |

3

Vedlegg 3 – Internprosedyrer OUS

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Perinealrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging. Kvinne Barn / Fødeavdelingen / Fødsel U-RH		
	Dokument-ID: 1705 Versjon: 1 Status: Godkjent	Dokumenteier: Anne Lid Øvre Utarbeidet av: Prosedyreutvalget, katriina Laine.	Godkjent av: Anne Flem Jacobsen

1. Endringer siden forrige versjon

Nytt dokument OUS

August-12: Lagt til kartleggings skjema for rifter + presisert i tekst ang. sutureringsteknikk. Fjernet definisjon på rift grad 3 da dette er dyp vaginalrift, og skal kodes som dette.

2. Hensikt og omfang

Beskrive forebygging og behandling av perinealrifter ved fødsel.

3. Ansvar

Ansvarlig for å følge prosedyren: Jordmor og lege som behandler pasienten
For introduksjon og opplæring av nyansatte og studenter: Ressursjordmor.
Ansvarlig for oppdatering: Avdelingsleder eller den vedkommede delegerer til.

4. Fremgangsmåte

Forebygging ved fødsel:

Forebyggingstiltak skal brukes ved alle fødsler.

Sfinkterskader kan ikke predikeres/forutsies (1-3), derfor skal forebyggingstiltak brukes ved alle fødsler.

Rutinemessig bruk av perineumbeskyttende tiltak gir lav forekomst av sfinkterrupturer (4,5).

Rapporter fra kliniske intervensjonsprosjekter viser at man kan redusere forekomsten av sfinkterrupturer med opplæringsprogram for fødselshjelpere (5,6)

Alle leger og jordmødre ved OUS skal gjennomgå kvalitetskontroll av forløsningsteknikk

Forløsning:

- God visualisering av perineum: Fødestillingen bør være slik at fødselshjelperen kan utføre **aktiv ledelse av stadium 2**, og støtte med to hender(7).

- Kvinne bør informeres på forhånd om fødestilling, kommunikasjon med fødselshjelper, samt kun at kvinnen puster når barnets hode forløses.

- Varme kluter lindrer smerter. Kan brukes på perineum før hodet kroner, og mellom riene.

OBS: For varme kluter kan forårsake brannskader! Kluten skal ikke være til hinder for godt overblikk på perineum.

- Perineal tøying kan være nyttig i trykkefasen, men vær oppmerksom på at noen kvinner opplever det ubehagelig. Små mengder nøytral olje kan benyttes.

- Forsiktig forløsning av skuldrene

- Hvis kvinnen ønsker en fødestilling hvor perinealstøtte ikke er mulig, skal kvinnen være orientert om risiko for perinealruptur.

- Episiotomi anvendes kun på indikasjon og ikke rutinemessig. Hos førstegangs fødende med stort barn kan episiotomi redusere risikoen for rifter grad 3 og 4

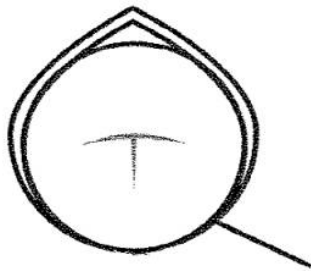
- Ved operativ forløsning av førstegangs fødene bør man være liberal med episiotomi (11,13,14).

- Korrekt episiotomiteknikk er viktig, medial episiotomi skal ikke brukes. Vinkelen i episiotomi skal være stor nok for å få beskyttende effekt for sfinkterskade (15-18).

- Bruk lateral episiotomi, starter kl 4-5 og klippes skrått mot sitteknuten i minst 60 graders vinkel(19).

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Perinealrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging.			Utskriftsdato: 04.03.2014
Utarbeidet av: Prosedyreutvalget, katriina Laine.	Godkjent av: Anne Flem Jacobsen	Dokument-id: 1705 - Versjon: 1	Side 1 av 5



Aktiv ledelse av stadium 2 innebærer:

Ene hånd (normalt venstre) bremsrer barnets hode ved kroning.
 Andre hånd støtter perineum, enten ved modifisert Ritgens eller krummet hånd, slik at fingrene "skviser" sammen vevet fra sidene for å lette trykket i midtlinjen av bakre perineum.
 Mor instrueres til ikke å trykke, men "pese-puste" når barnets hodet skjærer ut.
 Episiotomi vurderes (se over)

Risikofaktorer:

Førstegangsfødende (kvinner med tidligere keisersnitt uten vaginale fødsler har økt risiko)

Stort barn
 Operativ forløsning (vakuum/tang)
 Occiput posterior
 Langvarig trykktid (over 1 time)
 Mediolateral episiotomi med for liten vinkel fra midtlinjen
 Tidligere perinealruptur grad 3 og 4
 Omskårene kvinner
 Styrtfødsel
 Ødem

Vurdering av omfang av perineal trauma:

Alle kvinner skal undersøkes med rektaleksplorasjon etter fødsel, for å sikre at sfinkterskader blir oppdaget og primærsuturret (20). Perineum kan se hel ut selv om det har forekommet sfinkterskade, inspeksjon er ikke godt nok. Alltid to jordmødre som vurderer perineumskade etter fødsel, ved usikkerhet tilkalles lege.

Perinealrifter Grad 1 og 2:

Sutureres av jordmor.

Anestesi:

God smertelindring ved bruk av lokalanestesi (Xylocain gel, Xylocain spray og infiltrasjon av Marcain Adrenalin 5 mg/ml.)

Sutureringsteknikk:

Viktig å bygge opp perineum ("perineal body"), bare suturering av slimhinner og hud bygger ikke opp perineum før hudsuturering.

Hud i perineum lukkes med:

Monofil resorberbar. Fortløpende, intracutan eller subcutan sutur 2- 0 i dybden, eventuelt 4- 0 i huden.

Eventuelt avbrutte suturer hvis dette er indisert

Nøye kontroll at ingen kompresser eller tamponger etterlates i vagina!

Oppfølging:

Normalt ingen oppfølging. Grønnsåpebad og smertestillende ved behov.

Perinealrifter Grad 3 og 4:

Sutureres av lege. Operasjonen skal utføres eller assisteres av spesialist. Operasjonen skal fortrinnsvis utføres på operasjonsstuen.

Ved utsettelse/påvente av tilgang operasjon dekkes perineumriff med saltvannskompresser. Pasienten informers at evt utsettelse ikke er skadelig, og ikke øker forekomsten komplikasjoner (21,22). (Ødem blir redusert).

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Perinealrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging.		Utskriftsdato: 04.03.2014
Utarbeidet av: Prosedyreutvalget, katriina Laine.	Godkjent av: Anne Flem Jacobsen	Dokument-id: 1705 - Versjon: 1
		Side 2 av 5

Screening/hc,hct vurderes.

Lege som syr rifter må nøye kontrollere at ingen kompresser eller tamponger etterlates i vagina!

Anestesi

Lokal anestesi aksepteres hvis kun få overflatiske fibre av analsphincter er avrevet. Normal brukes regional anestesi. Blærekateter bør legges inn hvis pasienten sutureres i regional eller generell anestesi.

Sutureringsteknikk:

"End to end" teknikk ved suturering av m. sphincter ani eksternus, monofil sutur (3- 0 evt. 4- 0) benyttes.

Identifiser m. sphincter ani internus hvis mulig og suturér hvis den er avrevet

Anal/rectum slimhinne sys med fortløpende evt. avbrutte suturer slik at man oppnår en eversjon av rektumslimhinnen inn mot lumen (Knuten settes inn mot tarmlumen). Det benyttes monofil tråd 3- 0 eller 4- 0

Antibiotika:

Antibiotikaproylaks ved ruptur av grad 4. Keflin 2g (1 dose) og Flagyl 1500 mg (1 dose)

Operasjonsbeskrivelse:

I operasjonsbeskrivelsen skal sfinkterskade beskrives nøye inkludert gradering. Oppfølging av pasient skal beskrives.

UUS: [Kopi av operasjonsbeskrivelse ved grad 3 og 4 til Anny Spydslaug.](#)

Pasient skal informeres av lege etter inngrepet om behandling og videre oppfølging.

Postoperativ oppfølging:

- Smertelindring: tbl. Diclofenac 50 mg x 3 og Paracet 1 g x 3 - 4

- Blæretømming overvåkes og kontrolleres at fungerer som normalt (Se prosedyre: [Urinretensjon under og etter fødsel](#))

- Laktulose 15 ml x 2 i 2 uker

- Vanlig kost og mobilisering

- Ved utreise skal kvinnen få med informasjonsskriv om sphincterupturer og rekvisisjon for bekkenbunnstrening hos fysioterapeut. Liste over fysioterapeuter gis ut.

Etterkontroll:

UUS: [Kopi av operasjonsbeskrivelse \(henvisning\) legges til Dr. Anny Spydslaug av operatør.](#)

Kontroll skal skje ca. 12 måneder etter fødsel. Kontrolleres på urolab. Aker sykehus

RH: [Kontrolleres hos operatør ca 3 mnd etter fødsel.](#)

Opplæring av personalet

Alle ansatte, nyansatte og vikarer skal ha informasjon om avdelingens målsetting i forhold til forebygging av rifter.

Det fokuseres på:

- God kommunikasjon med fødekvinnen.

- Bremse utskjæringsfarten.

- Støtte av perineum, håndgrep 2 eller 3.

Man kan demonstrere på fantom. Sertifisering skjer av ressursjormødre/leger.

5. Definisjoner

Gradering:

Grad 1: Overflatisk rift i vaginalslimhinne og perineum

Grad 2: Perinealrift med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av analsfinkter, perineal traume etter en episiotomi tilsvarer perinealrift grad 2.

Grad 3: Ruptur av perineum som involverer analsfinkter

Grad 3a : Ruptur av <50% av m.sphincter ani eksternus

Grad 3b : Ruptur av >50% av m. sphincter ani eksternus

Grad 4: Ruptur av m.sphincter ani og anal/rektumslimhinne

Dersom det kun er rift i internus, skal dette kodes som vaginal rift, beskrives i operasjonsbeskrivelse.

ICD:

O70.0 Perinealrift grad 1

O70.1 Perinealrift grad 2

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Perinealrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging.		Utskriftsdato: 04.03.2014
Utarbeidet av: Prosedyreutvalget, katarilina Laine.	Godkjent av: Anne Flem Jacobsen	Dokument-id: 1705 - Versjon: 1
		Side 3 av 5

O70.2 Perinealrift grad 3
O70.3 Perinealrift grad 4
O71.8 Annet obstetrisk traume (f eks rectovaginal defekt m/u isolert internusrift)
O71.4 Dyp vaginalrift

Behandlingskoder:

MBC 33 Sutur av perinealrift grad 3 og 4
MBC 30 Sutur av perinealrift grad 1 og 2

6. Avvik eller dissens

Avvikmeldes etter gjeldende prosedyre.

7. Referanser

1. Cochrane review om episiotomi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsysrev/articles/CD000081/pdf_fs.html

2. Cochrane review om suturteknikk episiotomi:

3. Cochrane review om fødestilling

4. Cochrane review om perineal teknikker for å forebygge perineal trauma.

5. Cochrane review om suturteknikk sphincterruptur

(1) Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2006;113(2):190-4.

(1) Byrd LM, Hobbiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears? Colorectal Dis 2005;7(4):311-318.

(2) Varma A, Gunn J, Lindow SW, Duthie GS. Do routinely measured delivery variables predict anal sphincter outcome? Dis Colon Rectum 1999;42(10):1261-1264.

(3) Williams A, Tincello DG, White S, Adams EJ, Alfirevic Z, Richmond DH. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. BJOG 2005;112(8):1066-1069.

(4) Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, Gudmundsson S, Lindqvist P, Siihola S, et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland--result of difference in manual help to the baby's head. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77(10):974-977.

(5) Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol 2008;111(5):1053-1057.

(6) Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. Obstet Gynecol 2010;116(4):901-908.

(7) Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. BJOG 2000;107(7):926-931.

(8) Raisanen SH, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88(12):1365-1372.

(9) Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. High episiotomy rate protects from obstetric anal sphincter ruptures: A birth register-study on delivery intervention policies in Finland. Scand J Public Health 2011.

(10) Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. Obstet Gynecol 2010;116(1):25-34.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Perinealrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging.		Utskriftsdato: 04.03.2014
Utarbeidet av: Prosedyreutvalget, katriina.laine@helsebkk.no	Godkjent av: Anne Flem Jacobsen	Dokument-id: 1705 - Versjon: 1 Side 4 av 5

- (11) Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Hospital-based lateral episiotomy and obstetric anal sphincter injury rates: a retrospective population-based register study. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(4):347.e1-347.e6.
- (12) Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Arch Gynecol Obstet* 2012.
- (13) de Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van Bavel J, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol* 2012.
- (14) de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115(1):104-108.
- (15) Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* 2006;113(2):190-194.
- (16) Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG* 2003;110(12):1041-1044.
- (17) Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG* 2005;112(8):1156-1158.
- (18) Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Oian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG* 2012.
- (19) Kalis V, Laine K, de Leeuw J.W., Ismail K.M., Tincello D.G. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* 2012.
- (20) Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? *BJOG* 2006;113(2):195-200.
- (21) Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, Lopez A, Johansson C, Anzen B, et al. Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears-a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115(7):857-865.
- (22) Soerensen MM, Bek KM, Buntzen S, Hojberg KE, Laurberg S. Long-Term Outcome of Delayed Primary or Early Secondary Reconstruction of the Anal Sphincter after Obstetrical Injury. *Dis Colon Rectum* 2008.

Relaterte vedlegg

- [INFORMASJON TIL PASIENT VEDR. RIFT](#)
- [Fysioterapeuter med kompetanse innen bekkenbunnstrening](#)
- [Veiledning til utfylling av kartleggingskjema-2 \[1\]](#)
- [kartlegging av rifter\[1\]](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Perinealrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging.		Utskriftsdato: 04.03.2014
Utarbeidet av: Prosedyreutvalget, katriina Laine.	Godkjent av: Anne Flem Jacobsen	Dokument-id: 1705 - Versjon: 1 Side 5 av 5