



Årsrapport för operationer
utförda år 2019

Bristningsregistret

Författare:
Eva Uustal
registeransvarig för Bristningsregistret
Universitetssjukhuset, Linköping

Figurer och dataanalys:
Jessica Edlund och Gabriel Granåsen
statistiker GynOp

Publicerad 2020-05-27, reviderad 2020-09-09

Innehåll

Inledning.....	2
Nationella resultat.....	7
Samlagssmärta efter bristning	11
Urinläckage	14
Gas- och avföringsläckage (Wexner score)	15
Komplikationer.....	17
Infektioner.....	22
Resultat efter ett år.....	25
Patientens nöjdhet	25
Komplikationer.....	27
Svarsfrekvens för enkäter	31
Avslutande kommentar.....	33
Ordlista.....	34

Inledning

Bristningsregistret omfattar på sitt sjätte år 98% av Sveriges förlossningar. Samtliga svenska förlossningskliniker utom två deltar - och dessa kommer att ansluta sig under år 2020. Klinikerna registrerar systematiskt hur det går för kvinnorna efter ändtarmsmuskelskador. Många kliniker följer även upp andra typer av bristningar.

Klinikernas användning av registret har inneburit att många kliniker har fått faktaunderlag för att förbättra sin eftervårdsorganisation. Kvinnor som efter bristning har det oerhört skambelagda symtomet avföringsinkontinens men inte klarat att söka hjälp, har identifierats och erbjudits vård. Det är ovärderligt.

Bristningsregistret bjuder årligen in till ett användarmöte för att delge och framför allt diskutera registerdata. På årets möte i oktober presenterades resultat från tre vetenskapliga artiklar som bygger på våra registerdata. Kvinnokliniken i Uppsala hade bjudits in för att presentera sin framgångsrika organisation för att använda registerdata systematiskt för patientuppföljning. Ett 60-tal deltagare, barnmorskor, läkare och medicinska sekreterare från vården samt inbjudna gäster från förlossningsskaderelaterade projekt på SBU och Barnmorskeförbundet kunde byta erfarenheter och få ökad kunskap. Mötet fick fina utvärderingar och återkommer 2020-10-16.

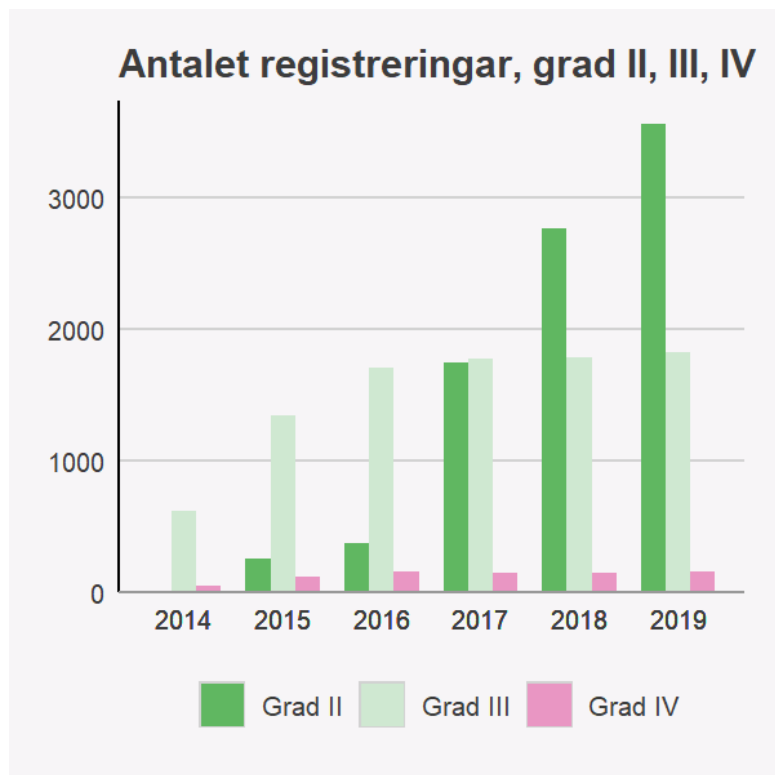
Bristningsregistret har under åren 2018 och 2019 deltagit i Socialstyrelsens arbete med att förnya det Medicinska födelseregistret (MFR). Delregisteransvarig har sett till att de vårdrelaterade variabler från Bristningsregistret som krävs för bättre registrering av förlossningsbristningar nu införs i MFR. Det innebär att variablerna blir obligatoriska att registrera i journalsystemen. Då kan Bristningsregistret hämta data direkt från journalsystemen. Det kommer att förbättra indatakvaliteten och samtidigt frigöra tid i vården. Tidsplanen för införande är inte fastställd.

Bristningsregistret är fortsatt nära sammankopplat med web-utbildningsprogrammet Backenbottenutbildning.se genom att överläkare Eva Uustal är initiativtagare till och ansvarig för båda projekten. Utbildningsprogrammet är det direkta vårdförbättrande verktyget och registret dess mätverktyg. Backenbottenutbildning.se är framtaget och underhålls av en expertgrupp från SFOG och Barnmorskeförbundet.

Under året har delregisteransvarig, registeranalytiker och registerforskare från Bristningsregistret väntat på att projektet "Graviditetsenkäten" från SKR ska komma i bruk. En av avsikterna med enkäten är att erbjuda alla förlösta kvinnor en uppföljning om hur underlivet fungerar efter förlossning, med samma frågor som i Bristningsregistret. Projektet har skjutits upp flera gånger.

En stor utmaning för Bristningsregistrets indatakvalitet, samt en stor kostnad för verksamheterna, är att journalsystemstillverkarna inte kunnat registrera all relevant data för direktöverföring. Beslutsvägarna är regionaliserade, stängda och långsamma och det saknas nationell styrning eller intresse av vilka data som är medicinskt relevanta. Bristningsregistret har på så sätt en nationell roll för vårdutveckling och patientnytta.

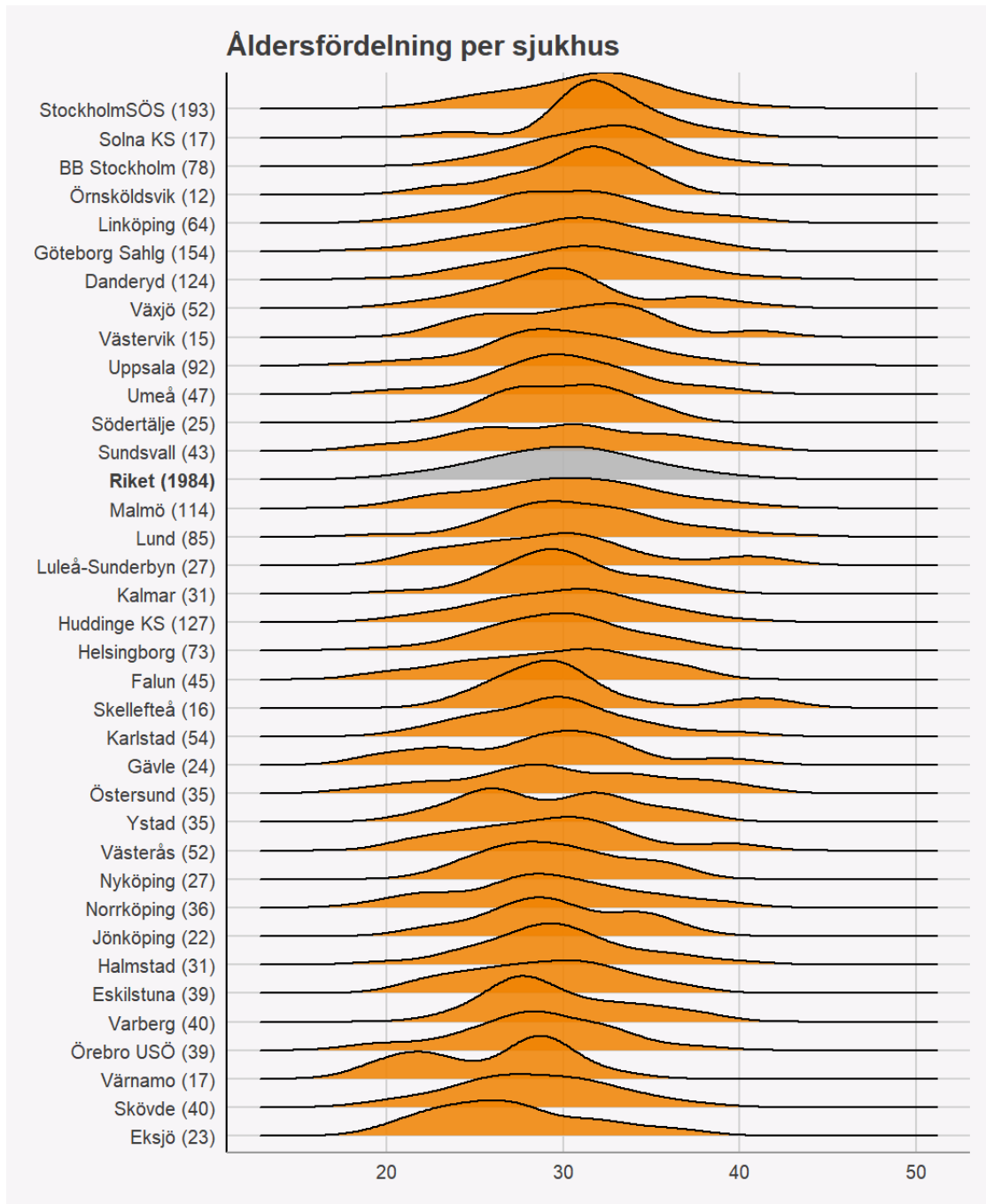
Figur 7 var felaktig i den första versionen av rapporten. Den felaktiga figuren byttes ut 2020-09-09.



Figur 1. Registrerade bristningar grad 2-4 2014-2019

Det är väl känt att även bristningar som inte omfattar ändtarmens slutmuskler kan leda till problem. Därför ger Bristningsregistret även möjlighet att följa upp medelstora bristningar. Att barnmorskorna alltmer får återkoppling om hur det går för patienterna är mycket uppskattat och uppföljningen av kvinnor med problem har förbättrats. Det är en stor administrativ insats för klinikerna att registrera de många mellanstora bristningarna. Trots detta är över 8000 kvinnor med mellanstora bristningar nu registrerade.

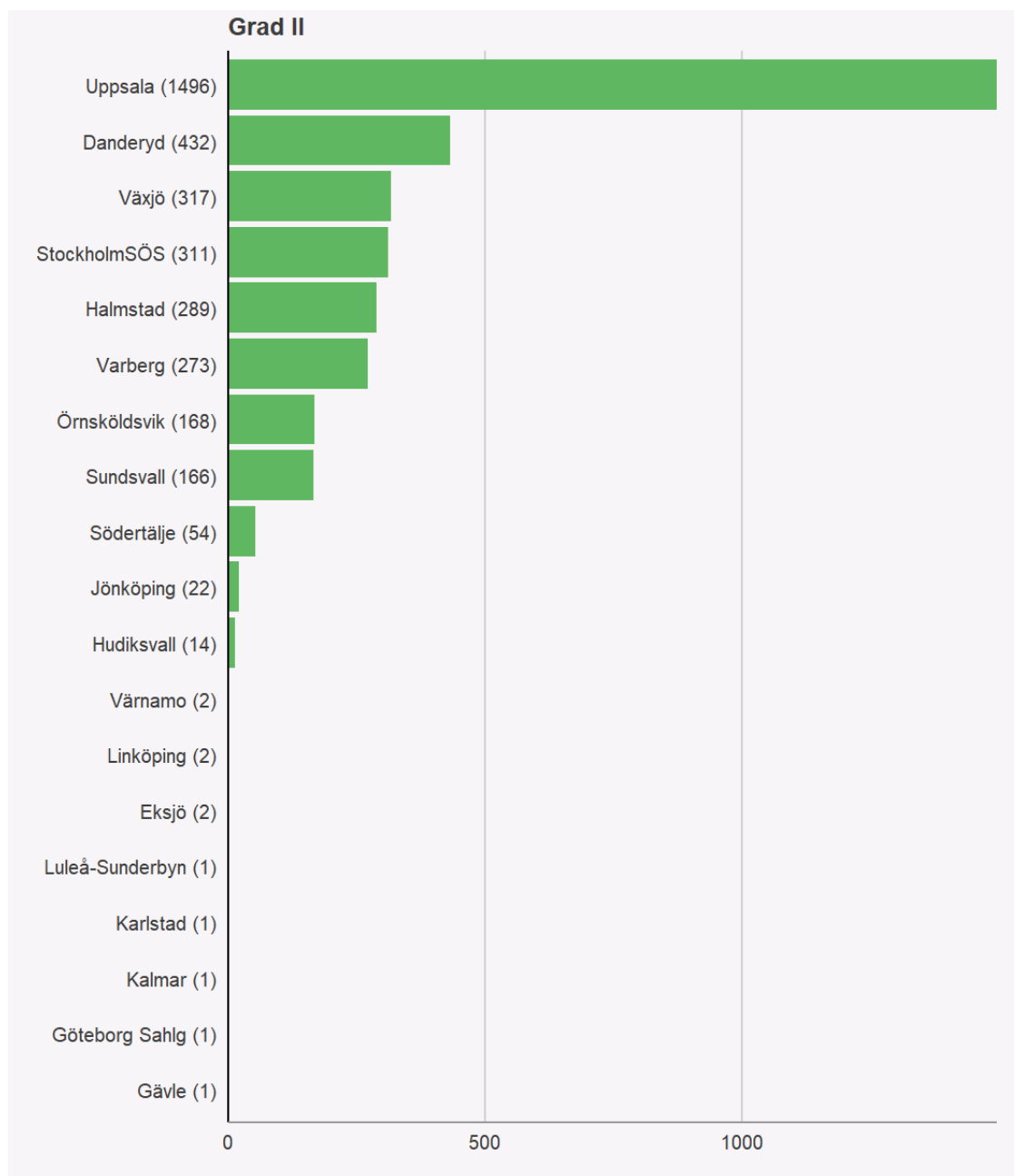
Under 2019 är 5537 kvinnor med bristning registrerade, 64,2% grad 2, 32,9% grad 3 och 3% grad 4. Av dem som registrerades för bristning 2019 var 73,1% vaginala förstföderskor.



Figur 2. Åldersfördelning per sjukhus

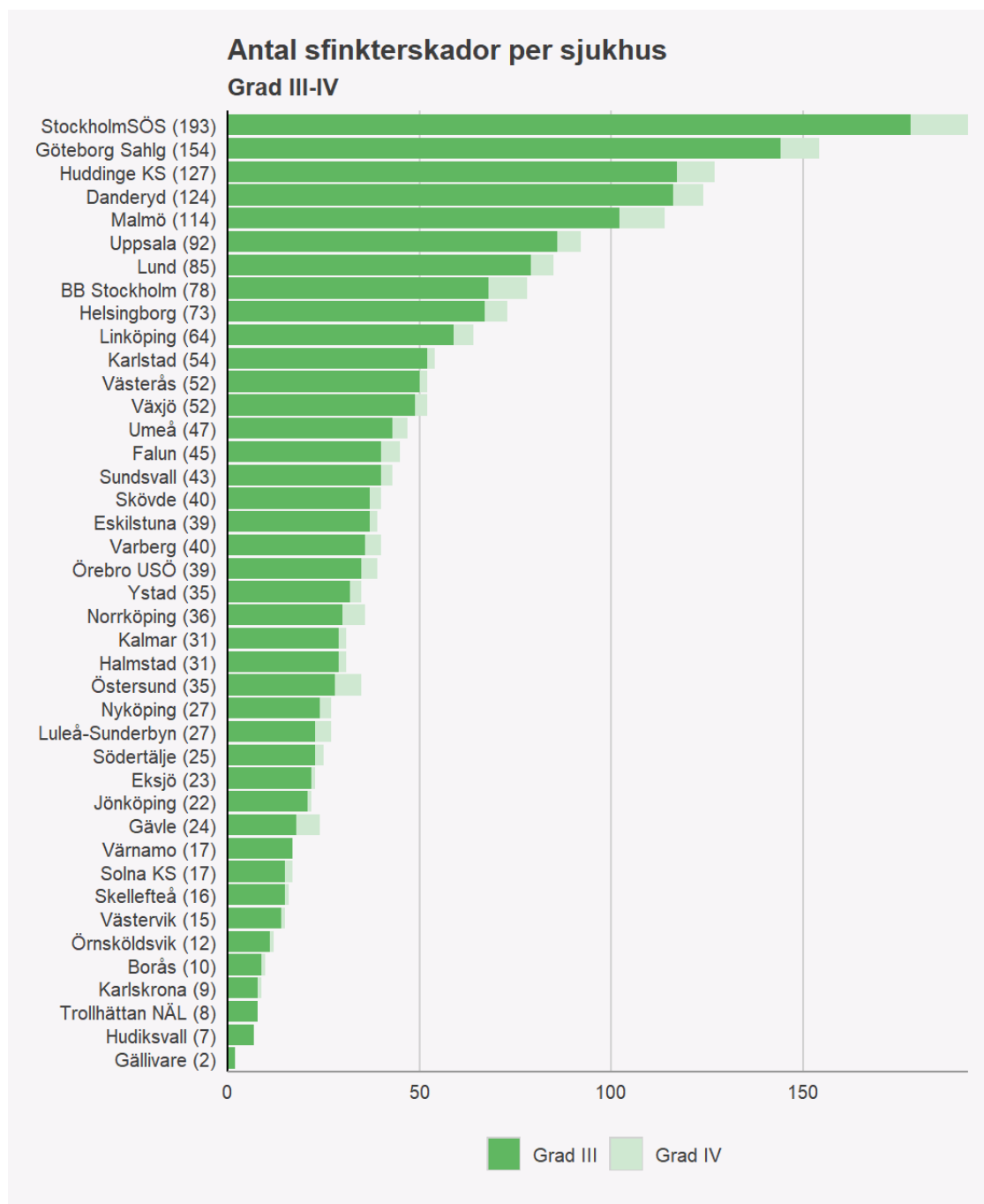
Medianåldern för kvinnorna var 30 år. 95% av alla kvinnor var mellan 22 och 38 år gamla.

Högre ålder är en riskfaktor för analsfinkterskada.



Figur 3. Antal grad-2 bristningar som följts upp per registrerande sjukhus.

Sju kliniker registrerar systematiskt grad 2-bristningar. Några följer upp resultat specifikt efter episiotomier.

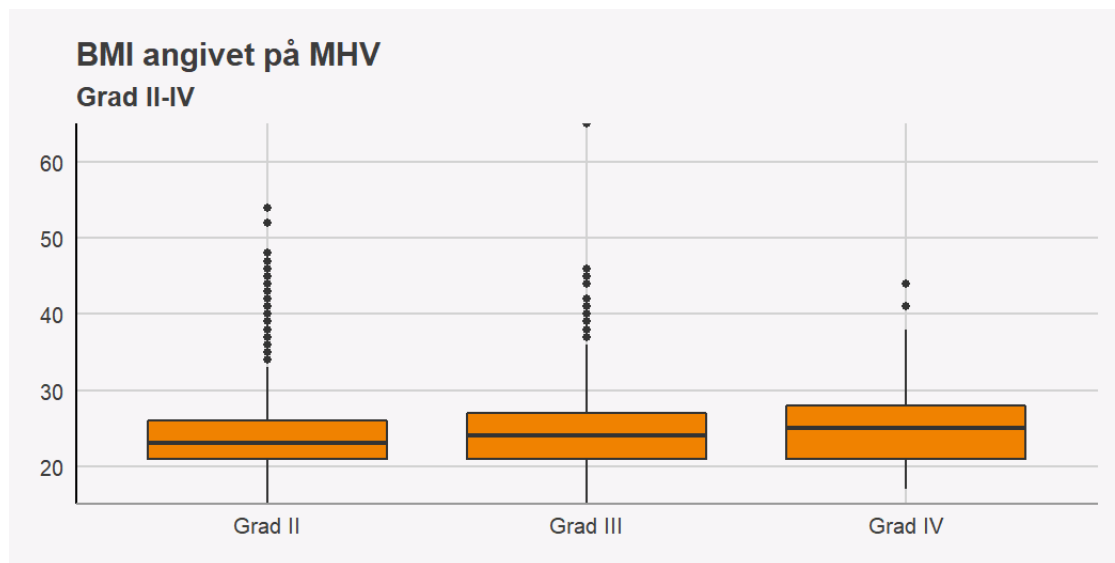


Figur 4. Antal sfinkterskador per sjukhus. Grad III-IV

Glädjande nog har många kliniker få skador. Det medför dock att varje enskild läkare i jourlinjen får erfarenhet av få fall. Varje klinik behöver fundera hur kompetensen för att laga skador ska upprätthållas på bästa sätt. En sfinkterskada behöver ju inte sys urakut och man bör se till att skaffa fram bästa möjliga kompetens.

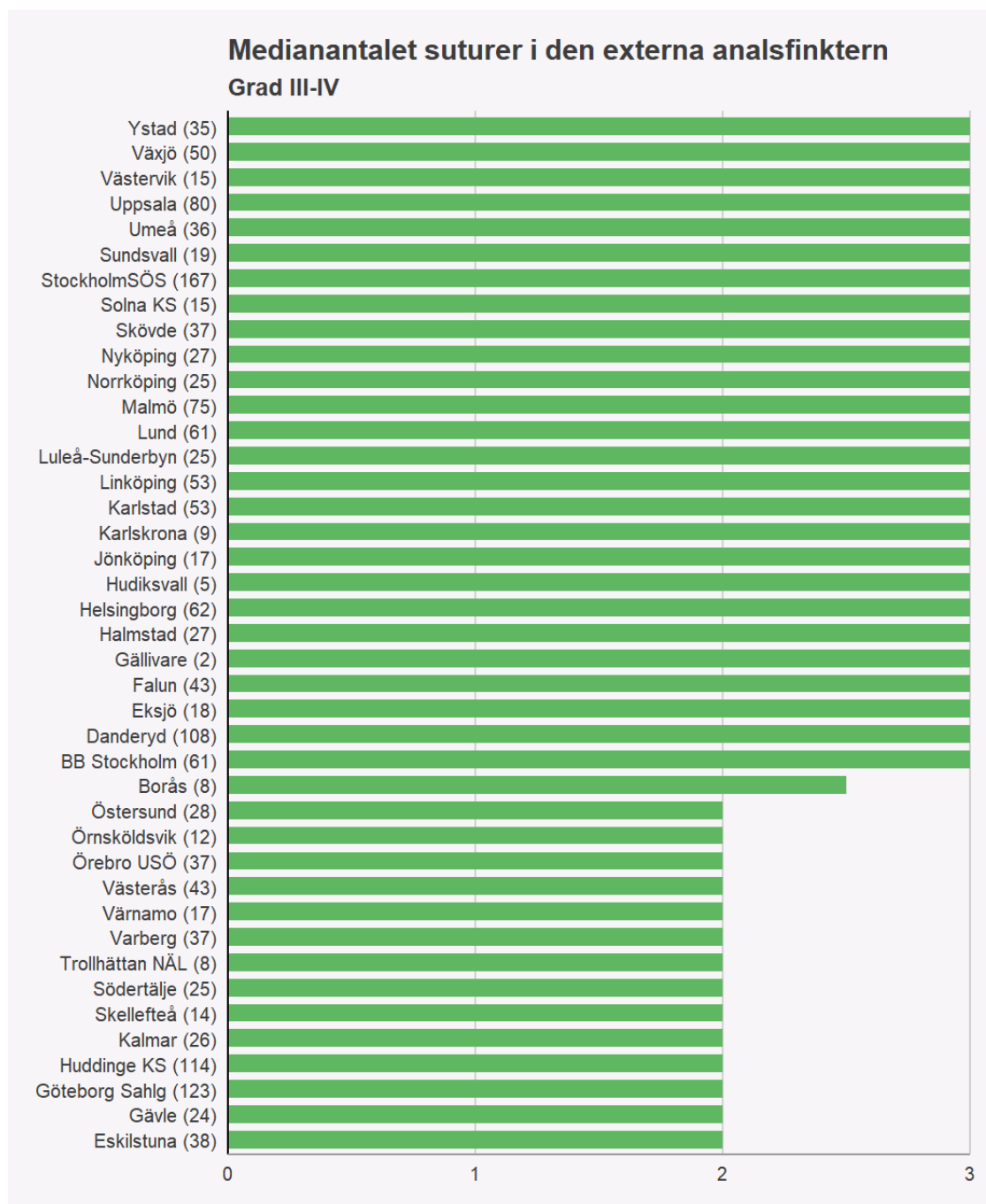
Nationella resultat

BMI



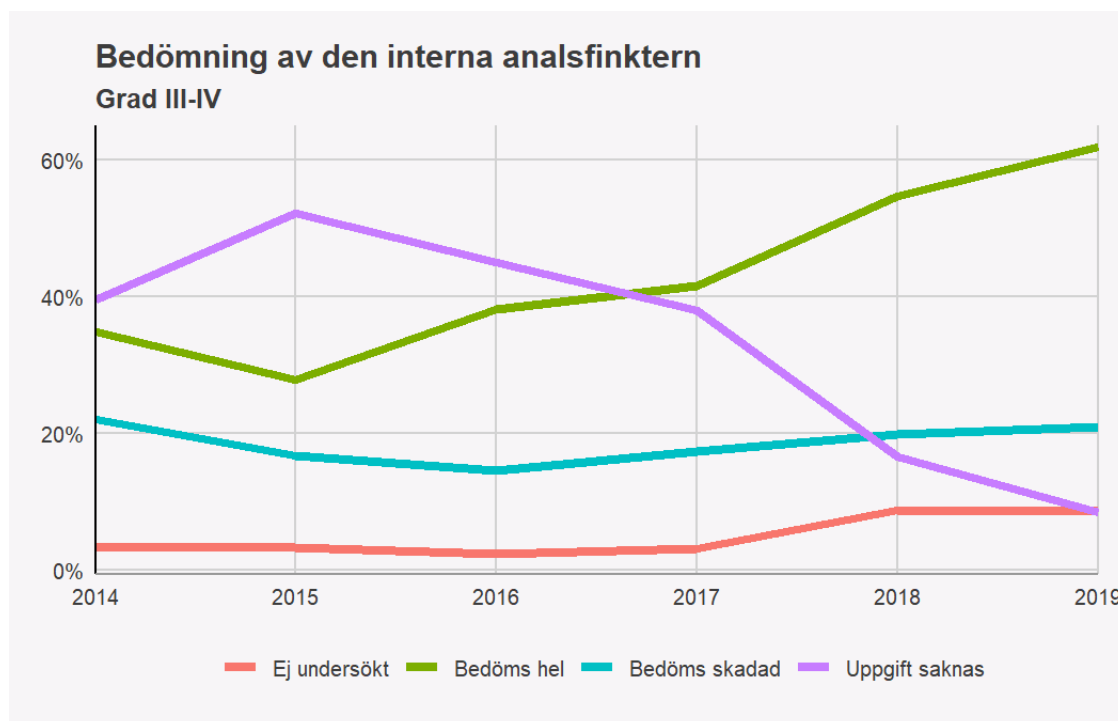
Figur 5. BMI angivet på mödrahälsovårdsblanketten (MHV).

Andelen överviktiga i registret skiljer sig inte från normalpopulationen.



Figur 6. Medianantalet suturer i den externa analsfinktern. Siffran inom parentes anger antalet fall på sjukhuset.

I figur 6 ses hur många suturer man sytt ihop den externa sfinktern med. Medelvärdet är 2,69 för grad III respektive 3,02 för grad IV. För 305 patienter hade antalet suturer inte angetts i registret. End to end är vanligast med 85,7%, överlappande sutur användes i 14,3 %.



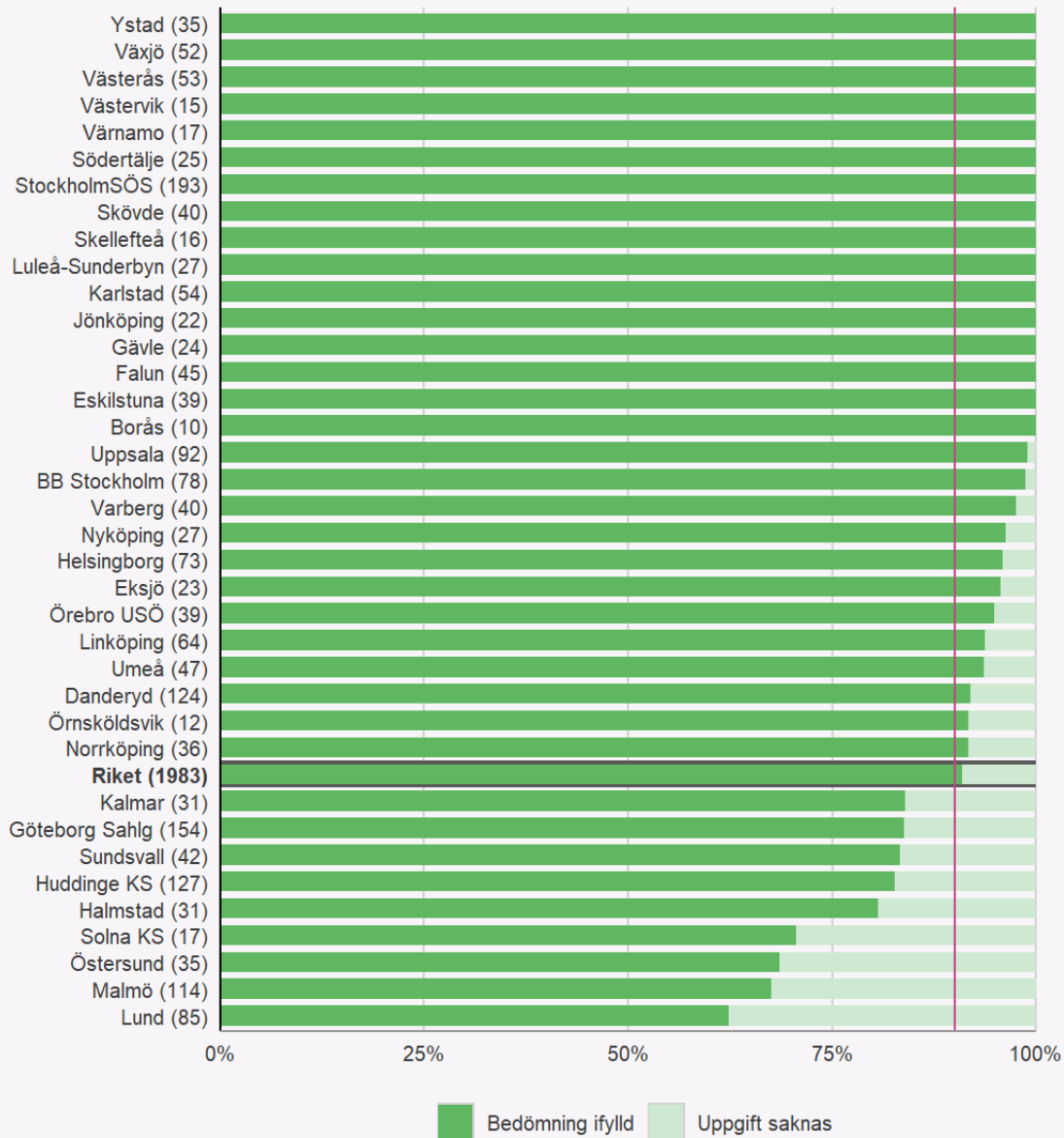
Figur 7. Bedömning av den interna analsfinktern över tid i riket vid sfinkterskada

Andelen kvinnor i Sverige som registrerats med en bedömning av den, för den passiva kontinenten, viktiga interna sfinktern har förbättrats avsevärt över tid. Kanske har Bäckebottenutbildning.se, som lanserades under 2017, upprepad rapportering och påminnelser bidragit till detta. Uppgift i registret om bedömning har utförts avspeglar både en viss grad av kompetens vid undersökning och hur de administrativa rutinerna fungerar.

Förbryllande nog förekommer det en viss andel grad-4-bristningar där man angett att den interna sfinktern är hel. Det är lite svårt att förstå hur man tänker eftersom intern sfinkterskada i kombination med extern sfinkterskada och skada på analkanalens vägg är själva definitionen av en grad 4-bristning. Möjligen beror det på att man klassificerar en sfinkterskada med en yttlig hudskada i anus fram till linea dentata (övergången mellan hud och analslemhinna) som en grad 4-bristning vilket inte bli rätt. Man kan repetera klassifikationen på

<http://backebottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar/tabell-perinealskador>

Har bedömning av den interna analsfinktern registrerats i GynOp Grad III-IV



Figur 8. Har bedömning av den interna analsfinktern registrerats, per klinik. Målvärde 90%, är markerat med linje i figuren.

Uppgiften används som en kvalitetsvariabel i SFOG:s årsrapport.

Tabell 1. Bedömning av den interna analsfinktern, utfall 2019

Intern sfinkter	Antal	Andel (%)
Ej undersökt	173	10%
Bedöms hel	1220	67%
Bedöms skadad	415	23%
Totalt	1808	100%

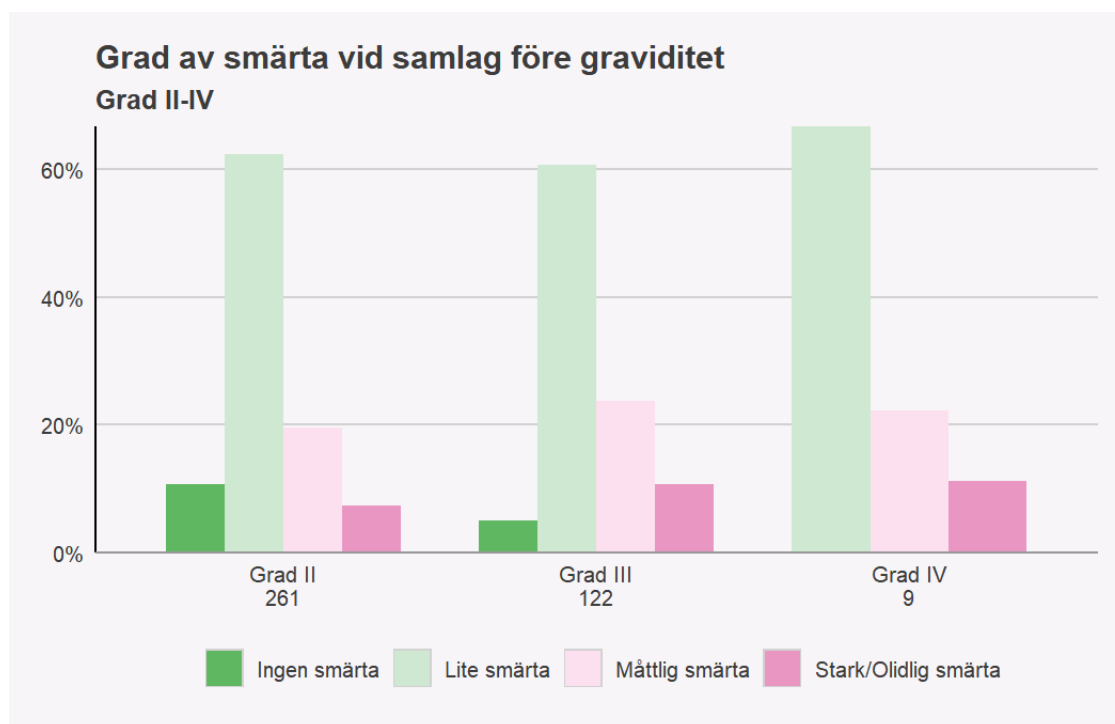
I den tidigare svenska klassificeringen av sfinkterskador fram till 2014 var den interna analsfinktern inte separat omnämnd. Bedömning med ultraljud har registrerats i 1,8% (75) av fallen.

Fördelningen av bedömd skada för dessa enligt tabellen nedan.

Tabell 2. Bedömning av den interna analsfinktern med ultraljud

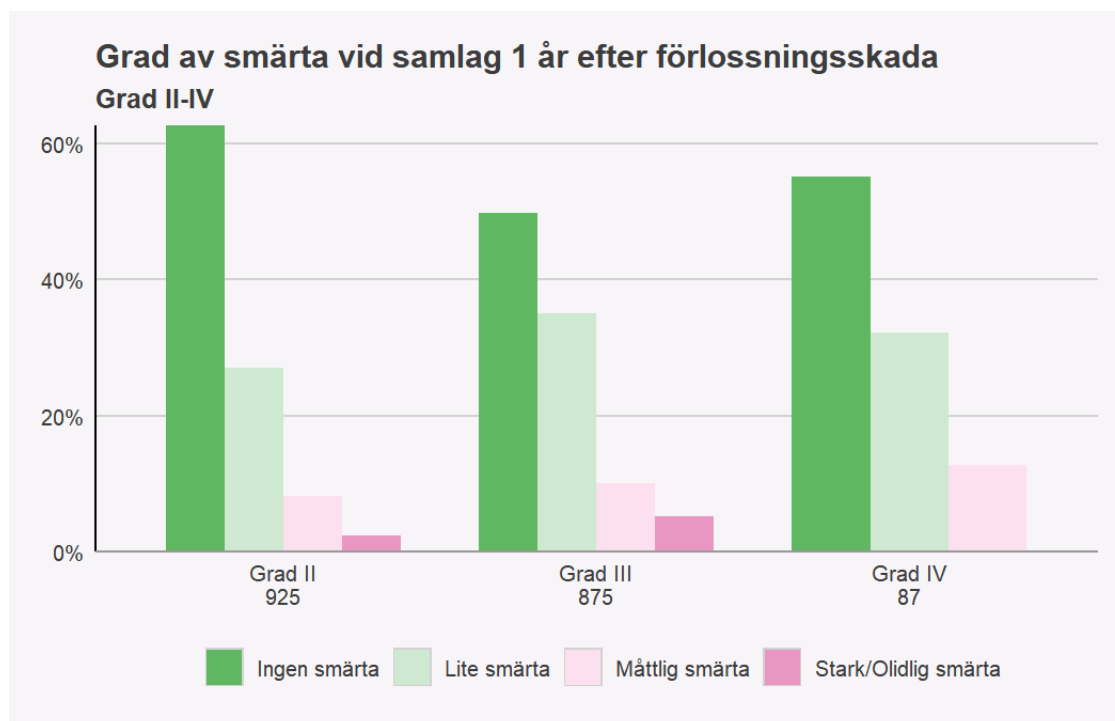
Intern sfinkter	Antal	Andel (%)
Bedöms hel	69	92%
Bedöms skadad	6	8%
Totalt	75	100%

Samlagssmärta efter bristning



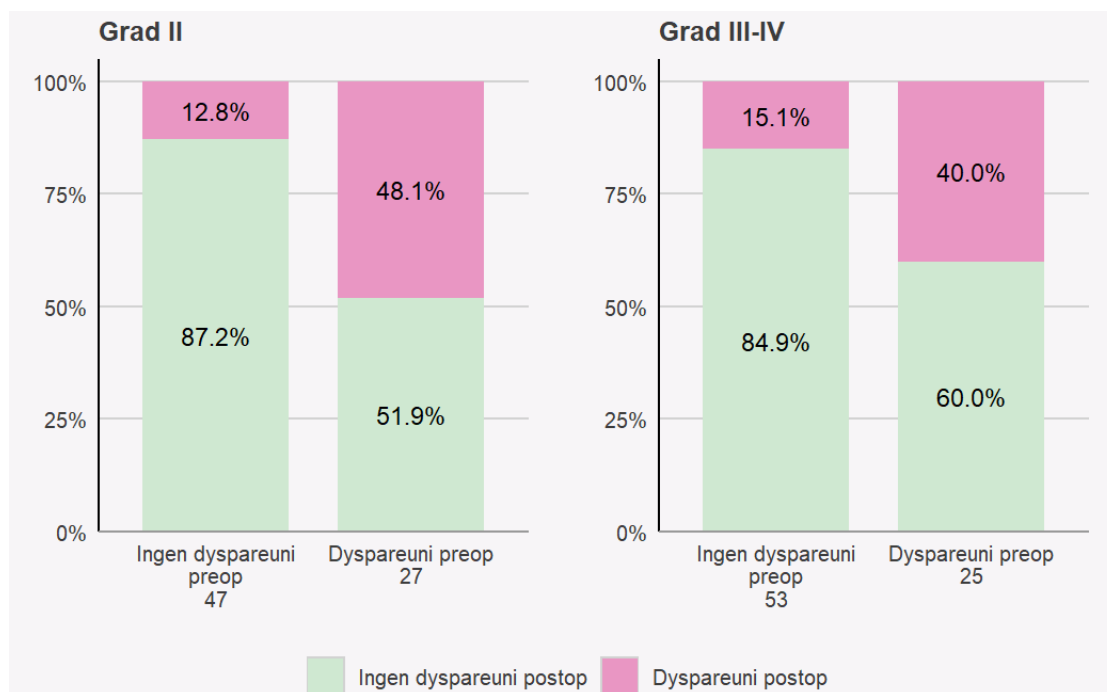
Figur 9. Grad av smärta vid samlag före graviditet

Oväntat många kvinnor anger samlagssmärta före graviditet i alla grupperna. Vi analyserar möjliga orsaker till det.



Figur 10. Grad av smärta vid samlag 1 år efter förlossningsskada

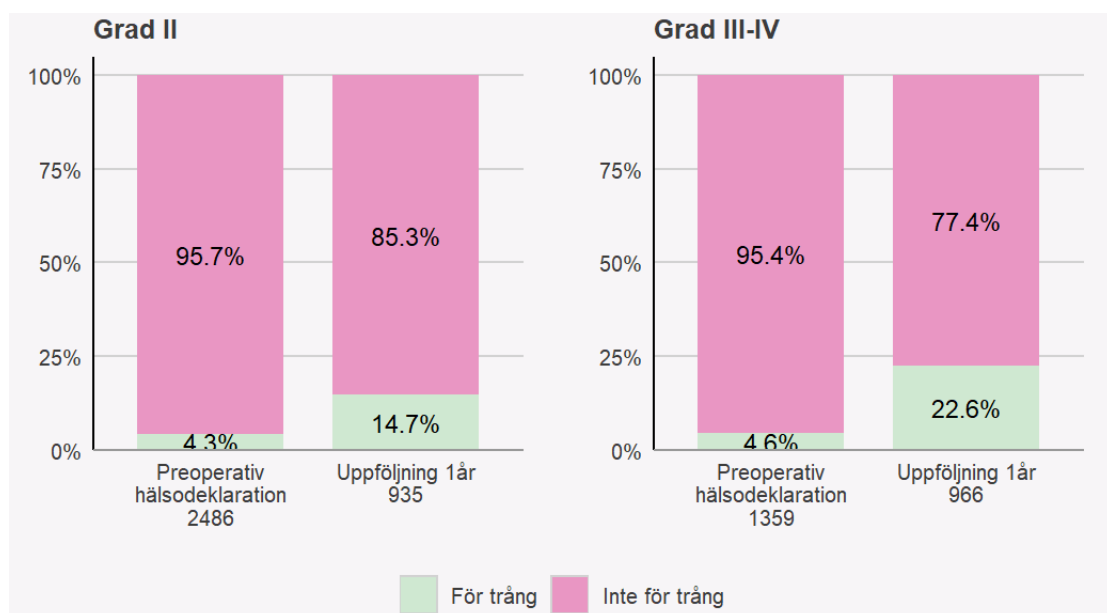
Smärta vid samlag kan bero på hur suturering utförs. Vid uppföljning på grund av dyspareuni ses inte sällan att de inre blygdläpparna har sytts mot varandra utan att bygga upp vävnaderna innanför och mellangårdens muskelfästen. Det blir en tröskel av hud framför slidans mynning som orsakar smärta utan att ha någon strukturell funktion. Felaktiga anatomiillustrationer kan vara orsaken till detta. Mer information finns i <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/suturering/suturering-av-vagina>



Figur 11. Samlagssmärta före graviditeten och efter suturering (operation) av bristning, grad 2 och grad 3+4.

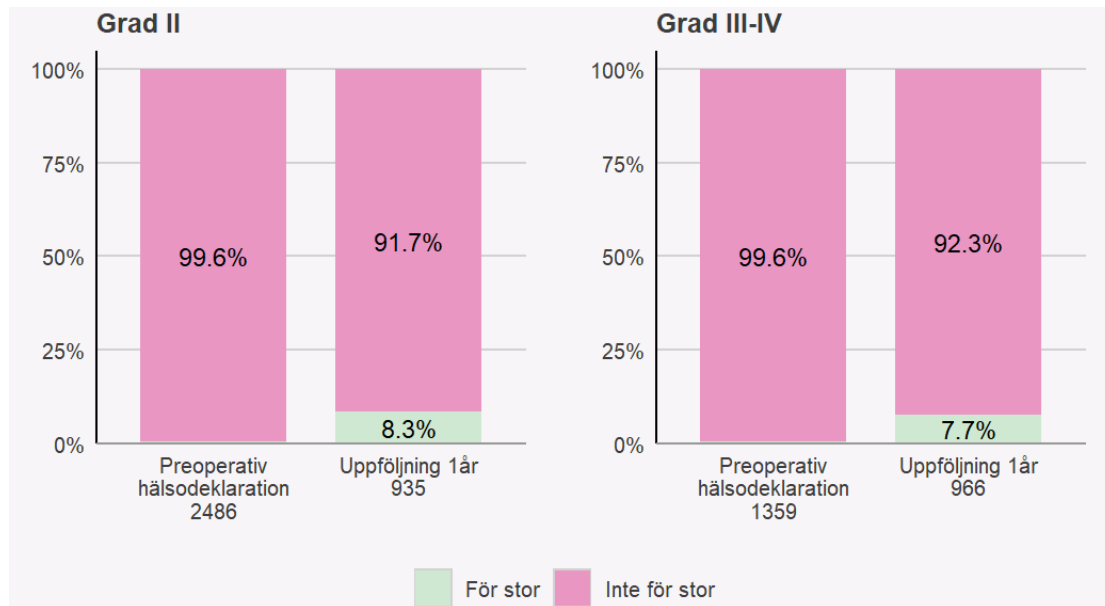
I dessa analyser är enbart de kvinnor med som har svarat komplett på enkätfrågorna vid alla tillfällen, därav de låga antalen.

När den stora Graviditetsenkäten så småningom kommer i bruk kommer man att få jämförelsetal från kvinnor som haft ingen eller grad-1 bristning och från kvinnor som förlösts med kejsarsnitt.



Figur 12. Andel kvinnor som upplever slidan för trång vid samlag före respektive efter suturering av bristning (operation), grad 2 och grad 3+4.

Det finns anledning att utforska effekterna av olika sutureringsstekniker och kanske att lokalt jämföra sig med kollegor som har bra resultat, vad gäller ärrbildning och funktion.



Figur 13. Andel kvinnor som upplever slidan för stor vid samlag före graviditet och 1 år efter sfinkterskada

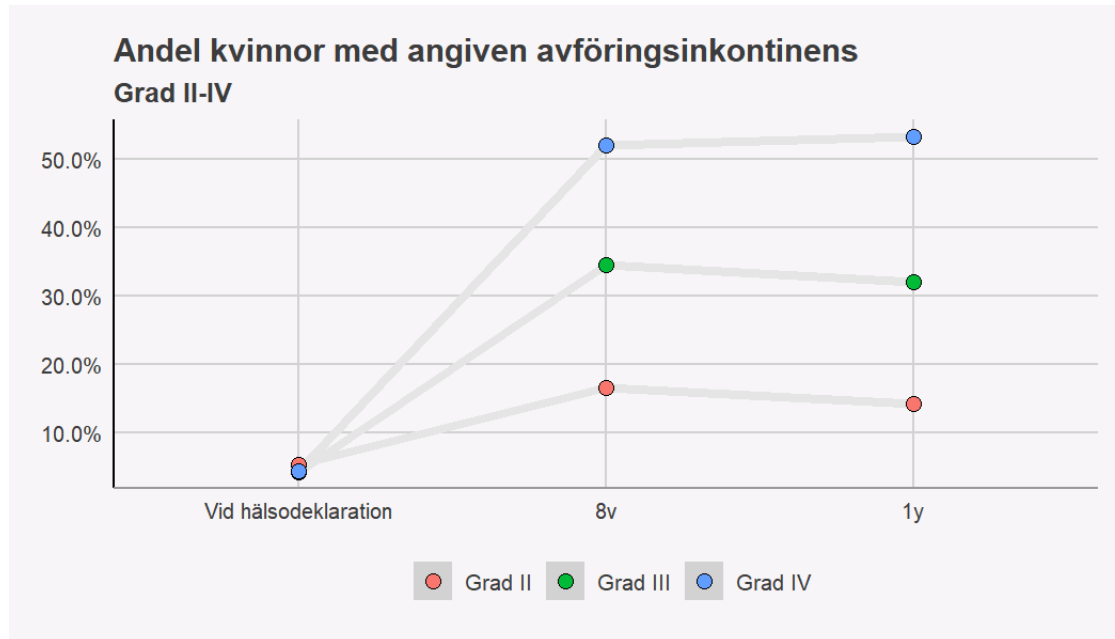
Här kan man fundera på om de kvinnor som upplever slidan vara för stor efter förlossning kan vara de som antingen har otillräckligt suturerade muskelfästen och/eller levatorskada. Uppföljningsstudier kommer att kunna belysa detta.

Urinläckage

Urinläckage en gång i veckan eller oftare rapporteras av 2,1 % före graviditeten och av 15,2% av kvinnorna 8 veckor efter förlossningen.

Gas- och avföringsläckage (Wexner score)

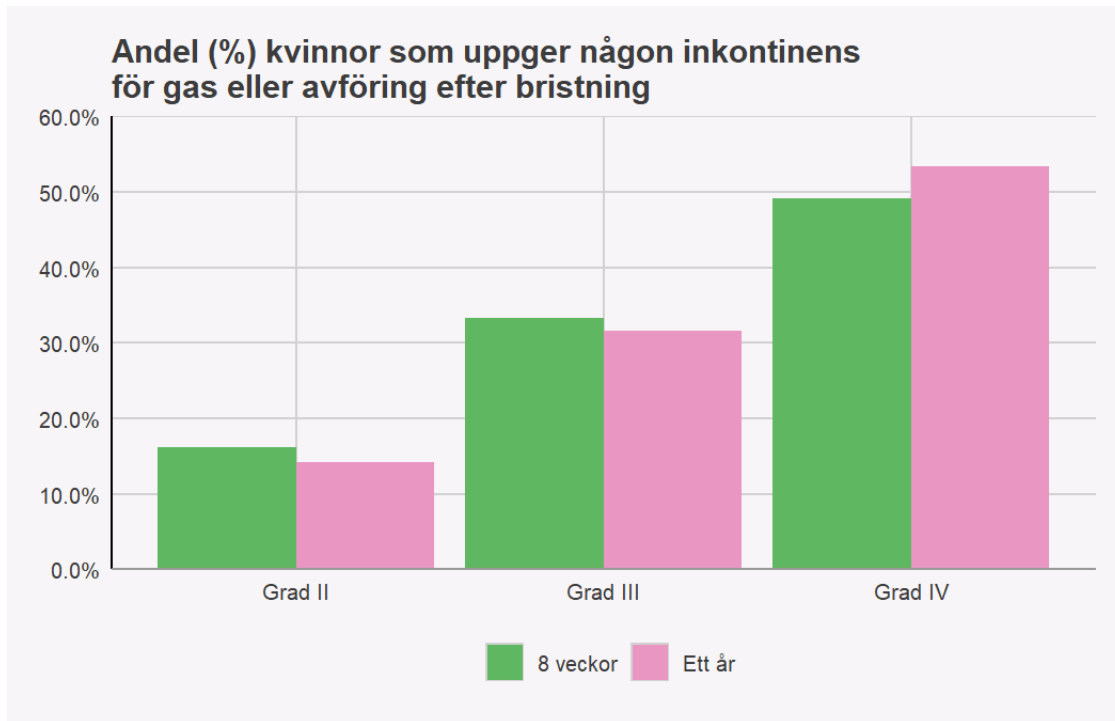
I enkäterna efter 8 veckor och 1 år tillfrågas kvinnorna om de har svårigheter att hålla gas eller avföring.



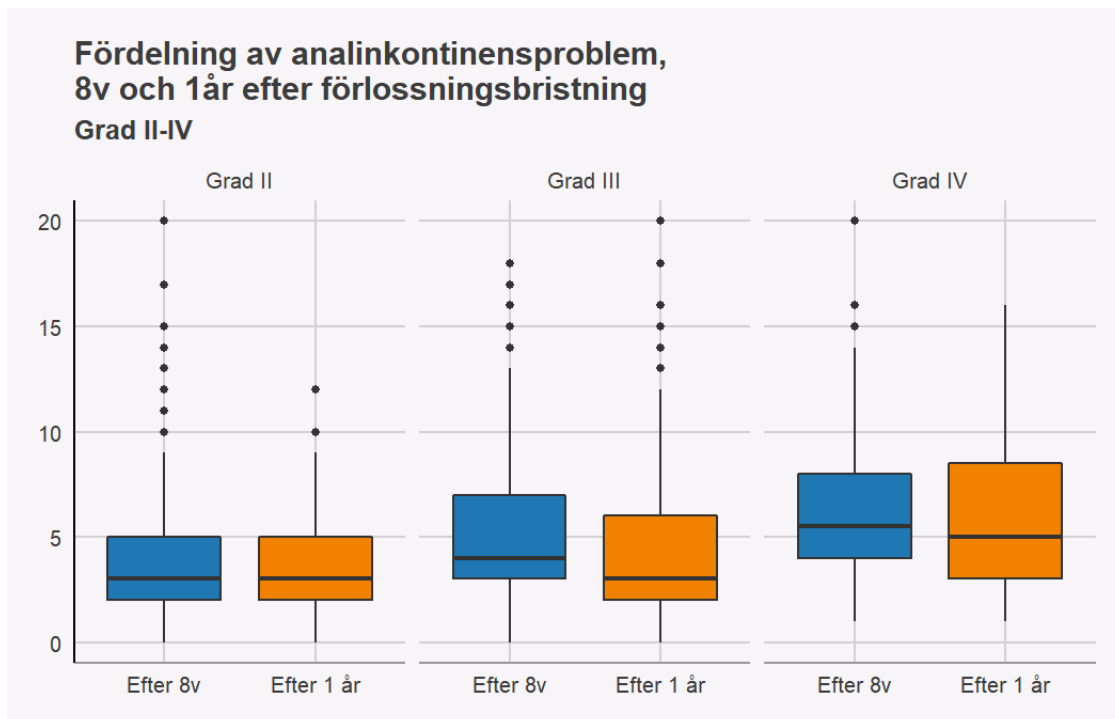
Figur 14. Andel kvinnor med angiven avföringsinkontinens före, 8 veckor och ett år efter olika typer av bristning.

Vid "ja" på denna fråga får patienten gradera sig enligt Wexner score, ett enkätverktyg med fem frågor, för att bedöma typen av besvär och deras påverkan på livskvaliteten. Höga poäng innebär svårare inkontinens.

Bland alla kvinnor som svarat på enkäterna fördelar sig andelen, som dessutom har graderat sig enligt Wexner, enligt figuren nedan.



Figur 15. Andel kvinnor som uppger någon form av läckage av gas eller avföring per bristningsgrad och tid.

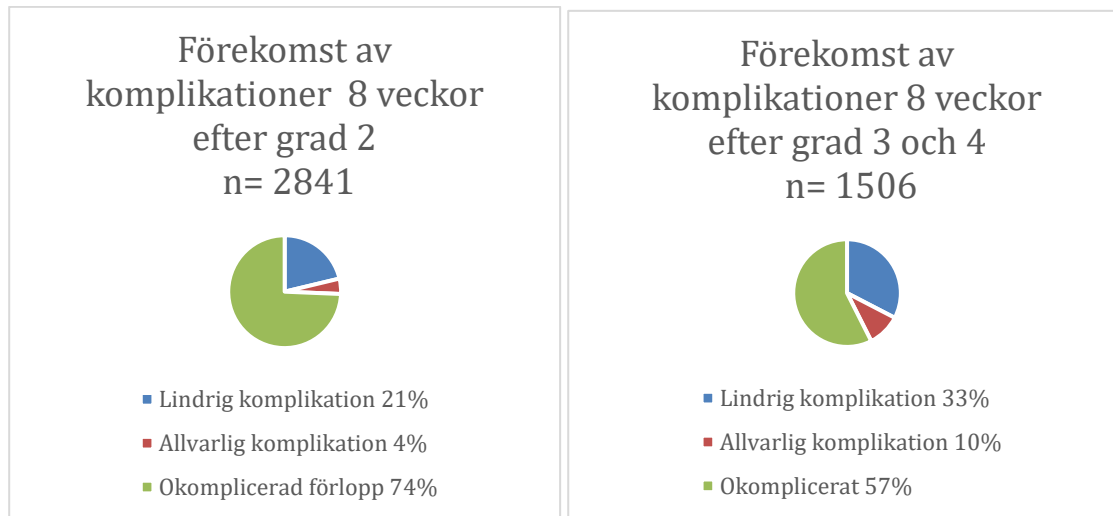


Figur 16. Analinkontinensproblem enligt Wexner score, 8 veckor och 1år efter förlossningsbristning grad 2, 3 och 4.

Wexner score är något högre och förekomsten av högre värden ökar med graden av bristning. Riktigt höga Wexner score förekommer i samtliga grupper. Det kan bero på att bristningen inte suturerats korrekt. Övriga många kvinnor skattar sig högt, vilken innebär för dagliga besvär. De behöver kontaktas och undersökas. I många fall räcker konservativ behandling med till exempel kostråd, optimerad tarmtömning och fysioterapi, men ibland hittas skador som kräver sekundärsuturering.

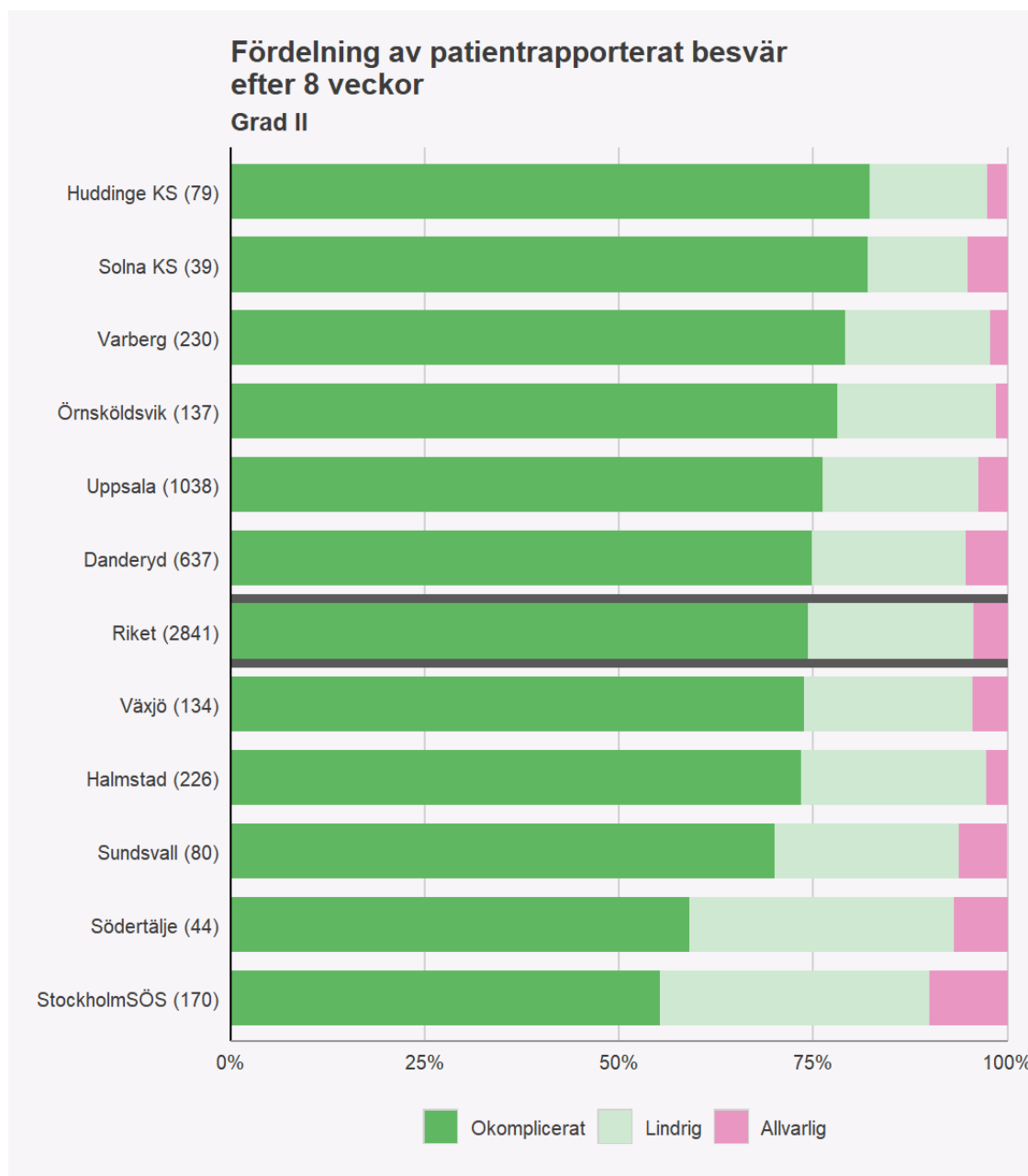
Komplikationer

Mediantiden tills patienten uppger sig ha återgått till normal aktivitet efter sfinkterskador är 4 dagar, efter framfallsoperation är den 3 dagar. Man blir sällan sjukskriven efter förlossningsbristning utan förväntas hantera spädbarn, större syskon och barnvagnslyft med en gång. Det är värt att påminna om möjligheten till sjukskrivning efter stora bristningar med förväntat långdraget förlopp.



Figur 17. Förekomst av patientrapporterade komplikationer 8 veckor efter grad 2 respektive grad 3 och 4.

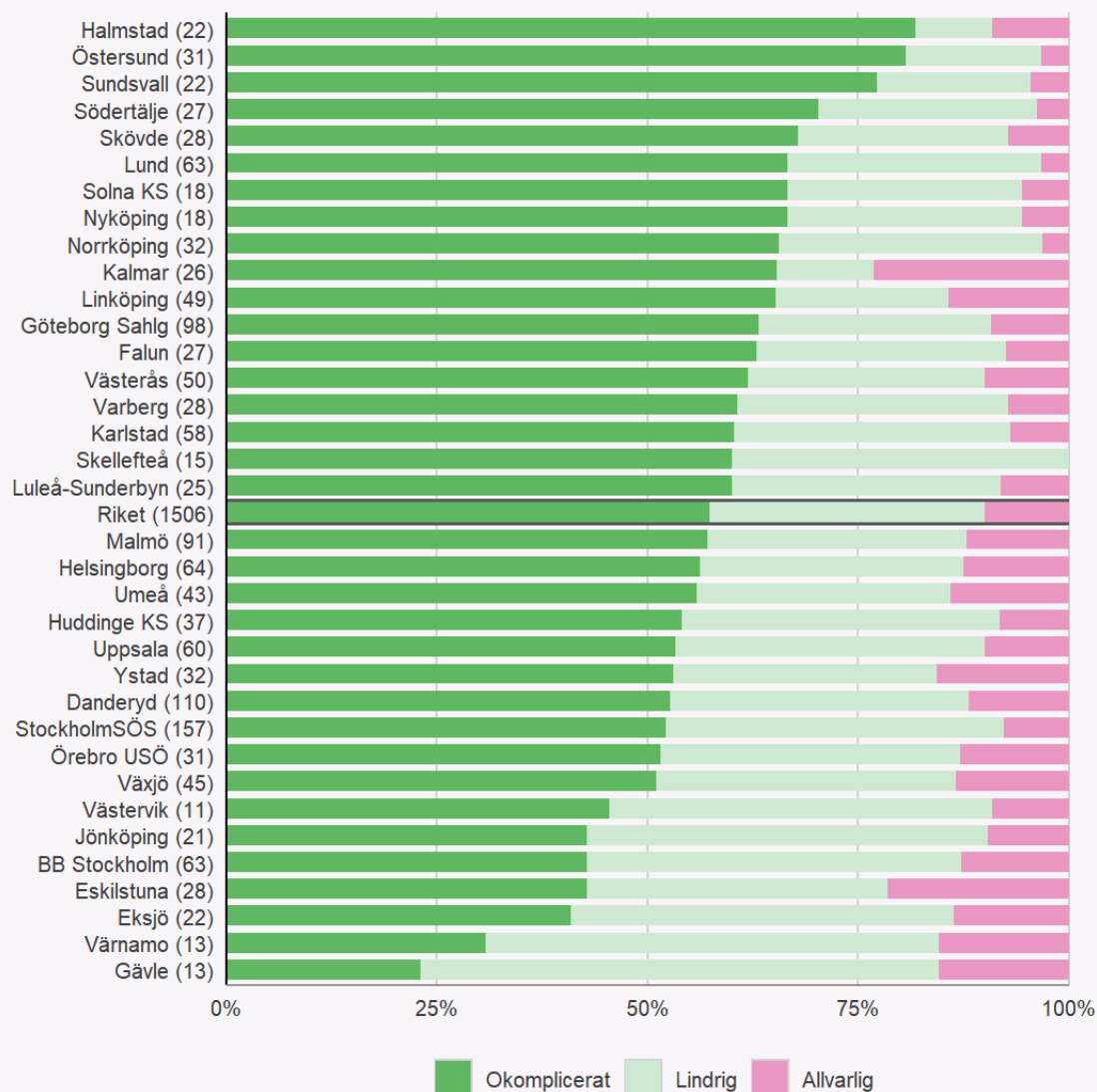
Den höga andelen kvinnor som anger komplikationer under den första tiden efter förlossningsbristningar talar för ett behov av strukturerad eftervård med rådgivning och uppföljning.



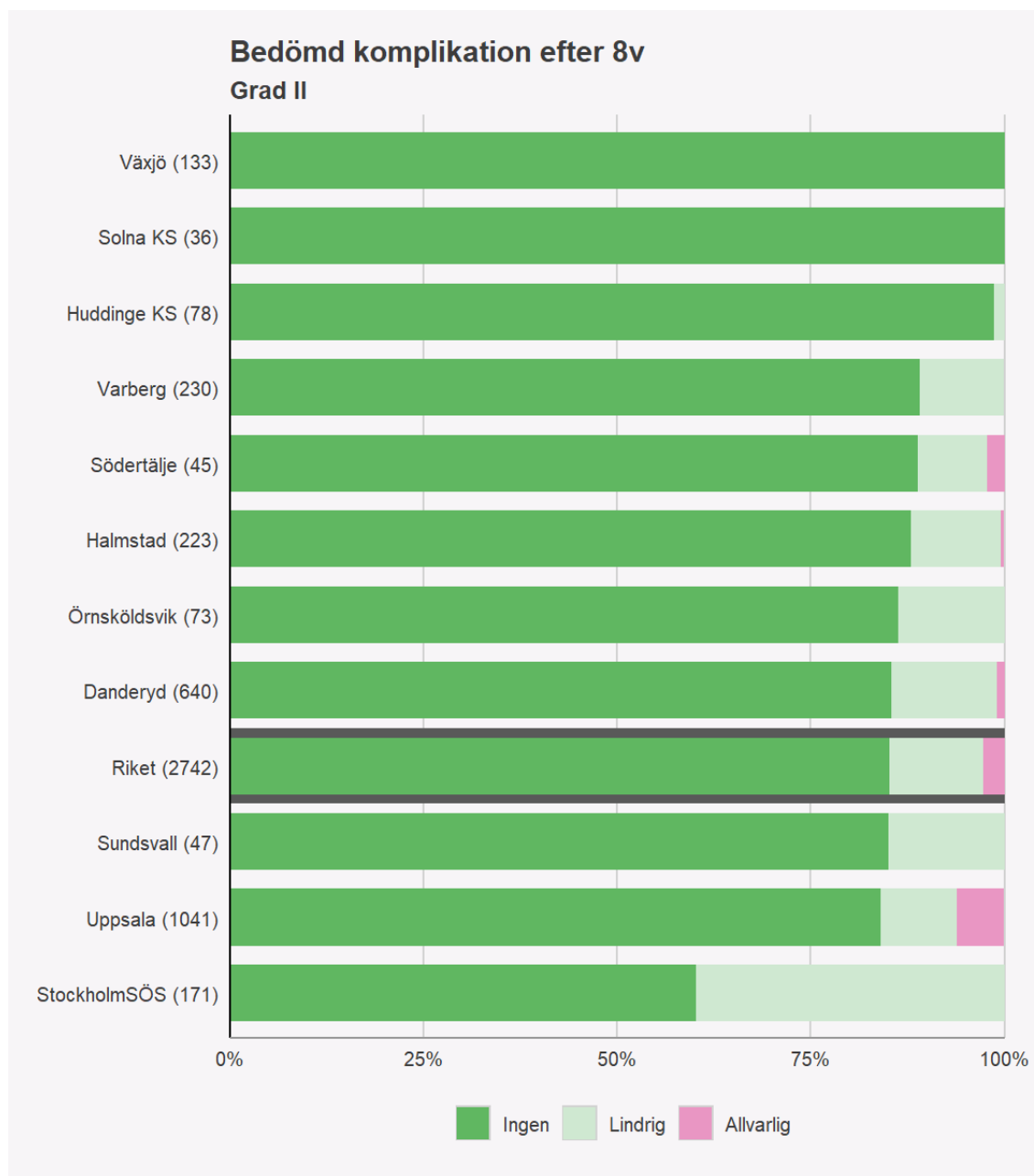
Figur 18. Fördelning av patientrapporterat komplikation 8 veckor efter grad 2-ristning, per klinik

Fördelning av patientrapporterat besvär efter 8 veckor

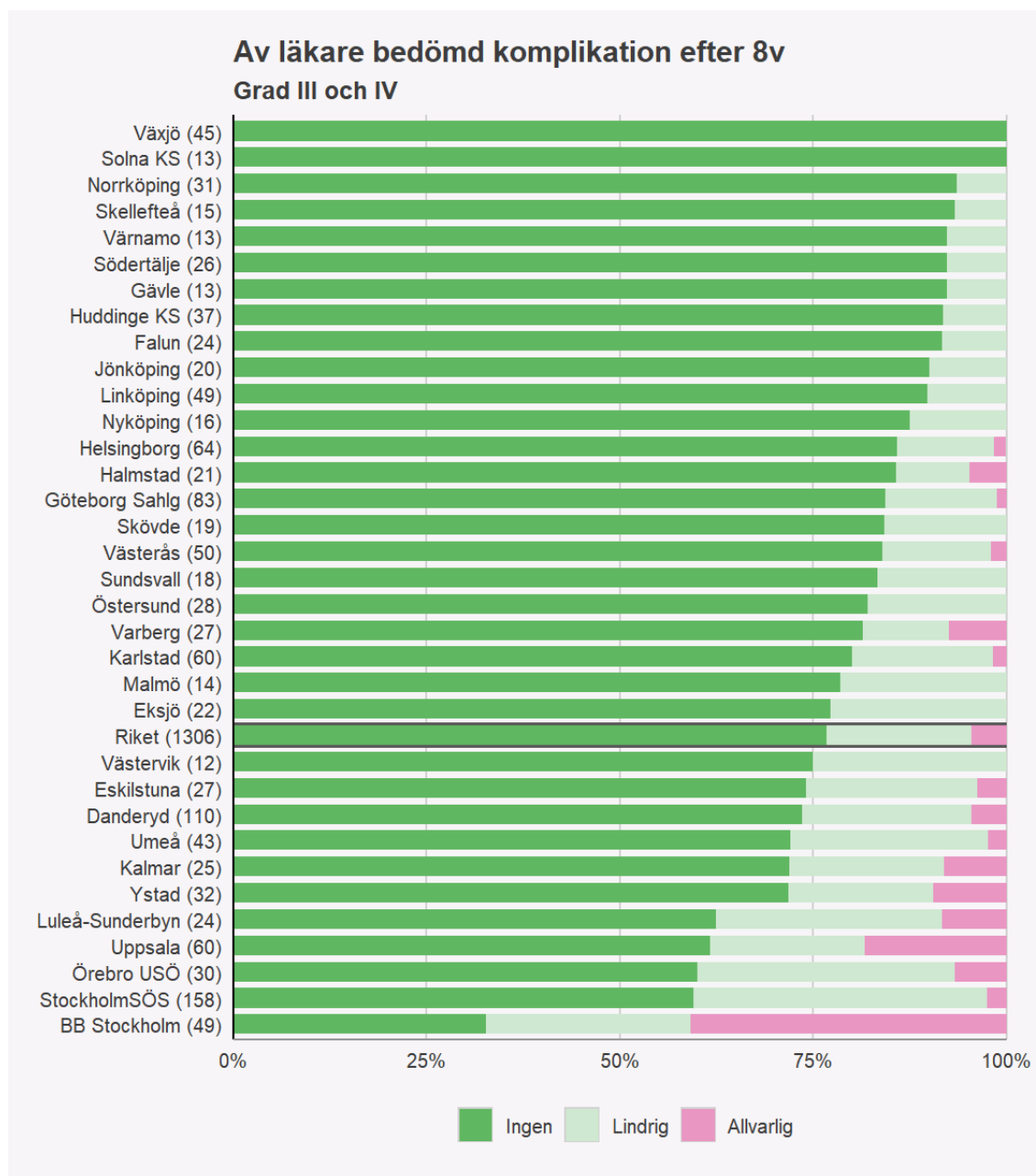
Grad III och IV



Figur 19. Grad 3 och 4, fördelning av patientrapporterad komplikation efter 8 veckor, per klinik.



Figur 20. Förekomst av komplikation efter 8 veckor bedömd av läkare eller barnmorska, per klinik.



Figur 21. Grad 3 och 4, av läkare bedömd komplikation efter 8 veckor

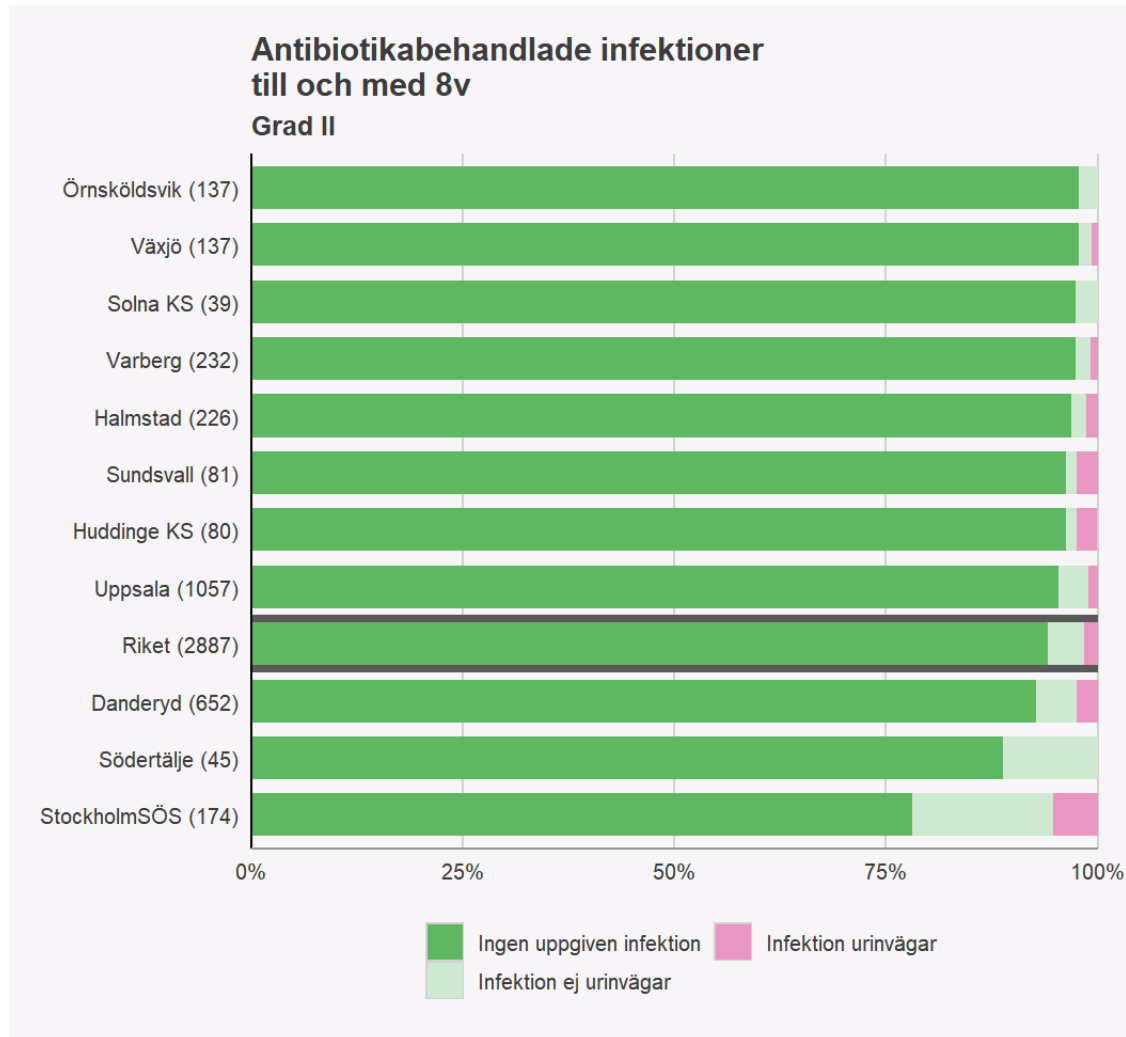
Skillnaden mellan vårdens och kvinnornas uppfattning om huruvida det har blivit en komplikation är vanlig i hela GynOp-registret. Många kollegor tycker att uppgiften från patienten är svårtolkad då upplevelsen av det postoperativa förloppet varierar enormt. En förlossningsbristning är i sig en oönskad händelse. Då är det svårt för kvinnan att avgöra vad som är ett jobbigt men förväntat förlopp, eller vad som är en medicinsk komplikation.

I registeransvariggruppen överväger vi att ändra uppföljningsfrågornas formulering. Vi vill ju verkligen veta hur det har gått för patienten och hennes symtom. Men om det hon upplever är en del av ett förväntat förlopp eller en regelrätt komplikation är en medicinsk bedömning.

Oavsett graderingsfrågorna behöver kvinnorna bra information om det förväntade förloppet och ett lättillgängligt stöd under läkningsperioden.

Infektioner

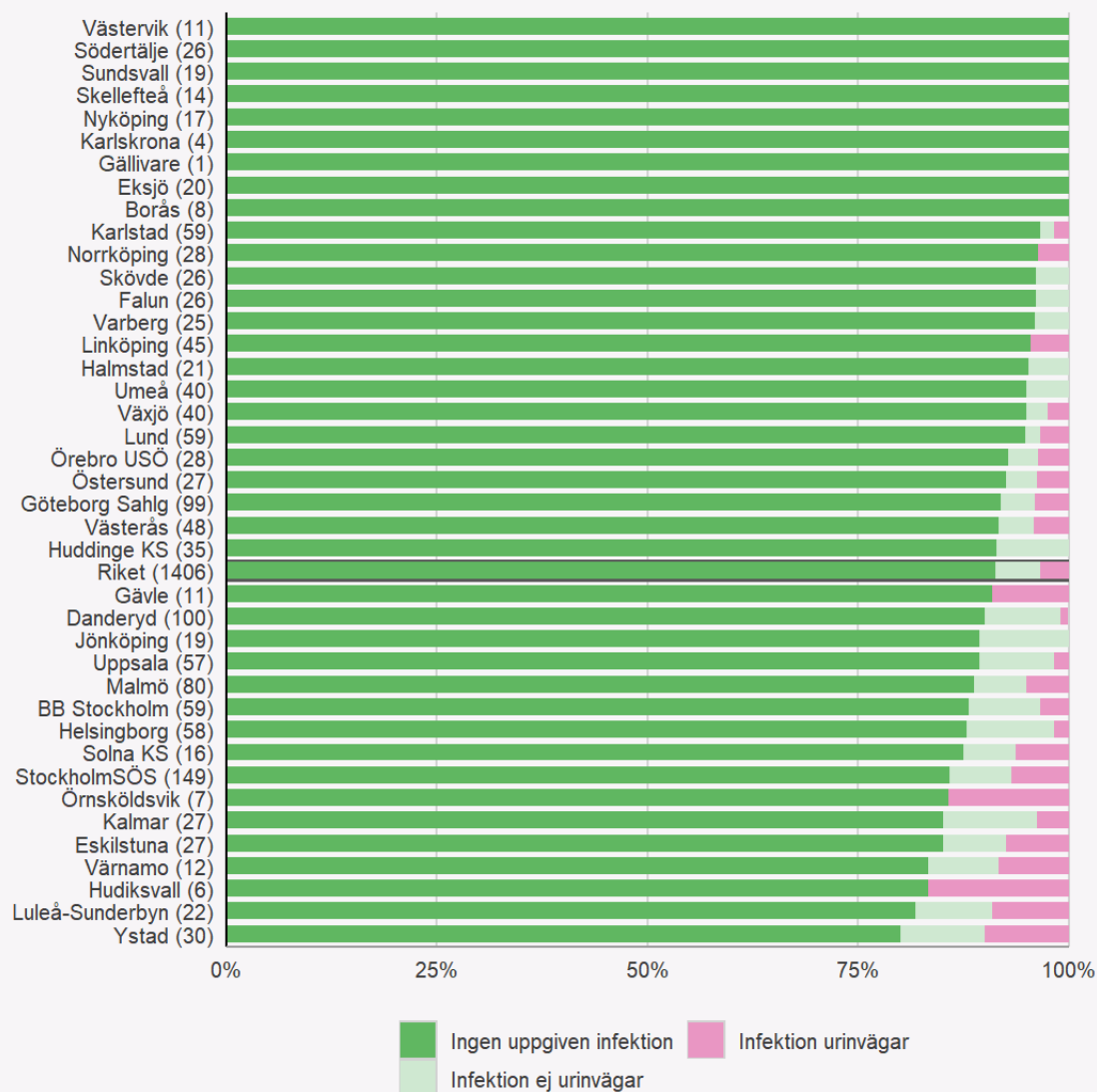
Vi har tagit bort gränsen med minst 10 birstningar för de tre figurerna nedan. Med gränsen på 10 birstningar kommer figuren för grad II endast innehålla 6 kliniker och för grad IV 2 kliniker. Resterande kliniker räknas in i totalsumman för riket.



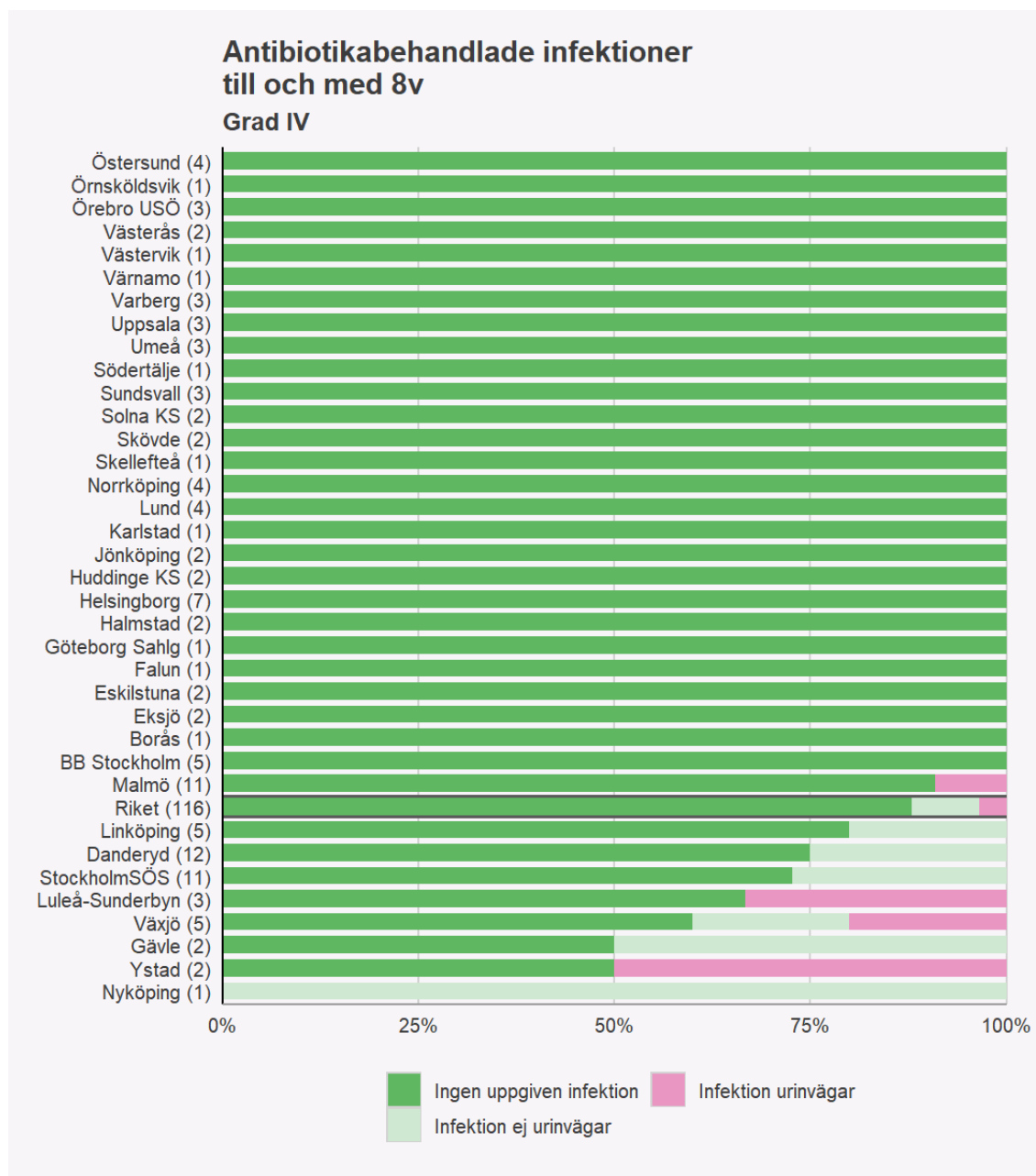
Figur 21. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8 veckor efter operation, grad II.

Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8v

Grad III



Figur 22. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8 veckor efter operation, grad III.



Figur 23. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8 veckor efter operation, grad IV

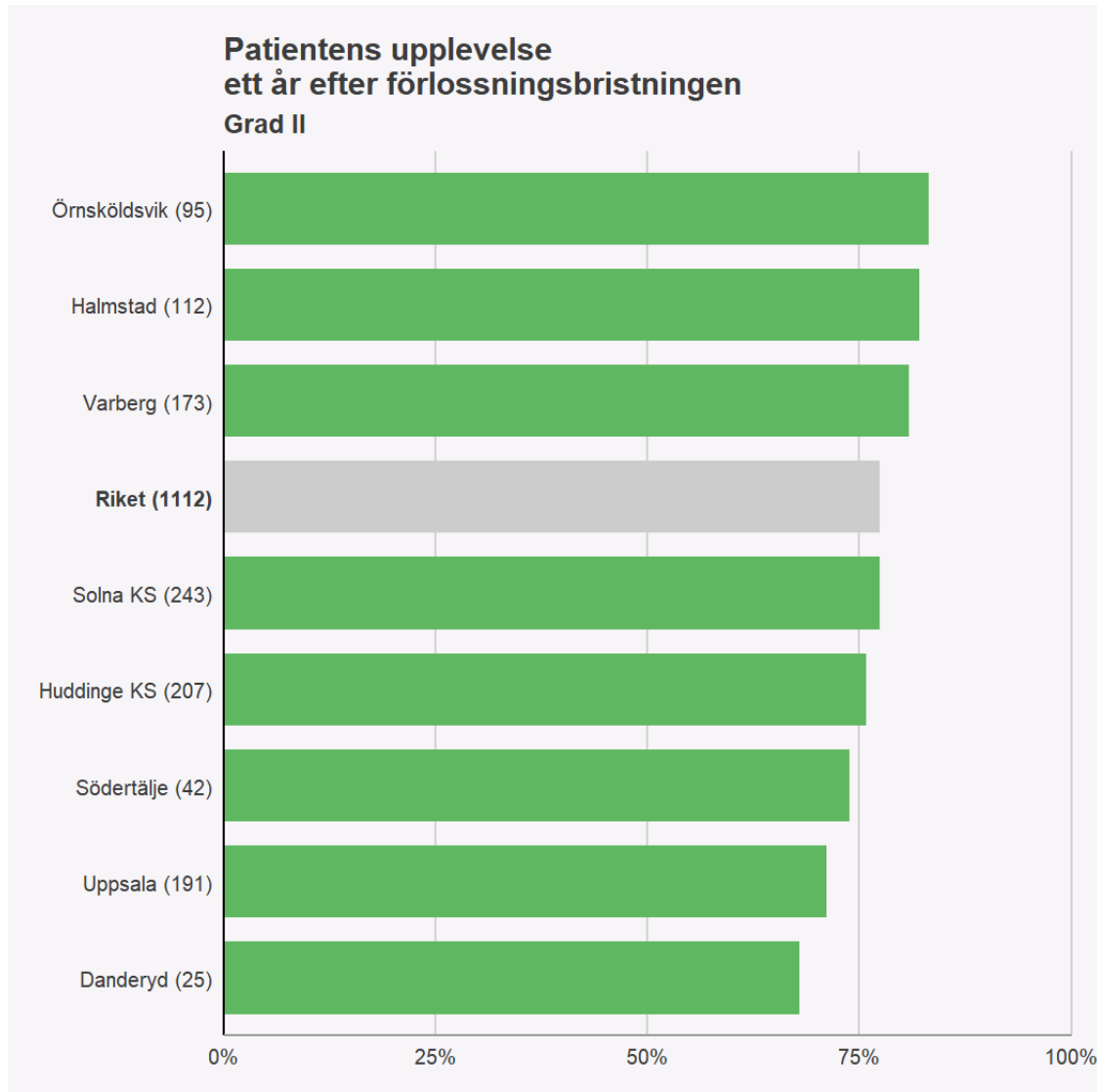
För hela riket rapporteras infektion som krävt antibiotikabehandling efter bristning i 5% efter grad 2, i 9% efter grad 3 och i 11% efter grad 4. Fortfarande saknas i de flesta fall uppgifter om antibiotikabehandling i operationsregistreringen. Detta kommer att rättas till när den nya versionen av MFR lanseras – där uppgiften kommer att bli obligatorisk att registrera.

Infektion efter bristning grad 3 och 4 är associerad med en överrisk för avföringsinkontinens och missnöjdhet med resultatet efter ett år, och är därför viktig att försöka förebygga.

Resultat efter ett år

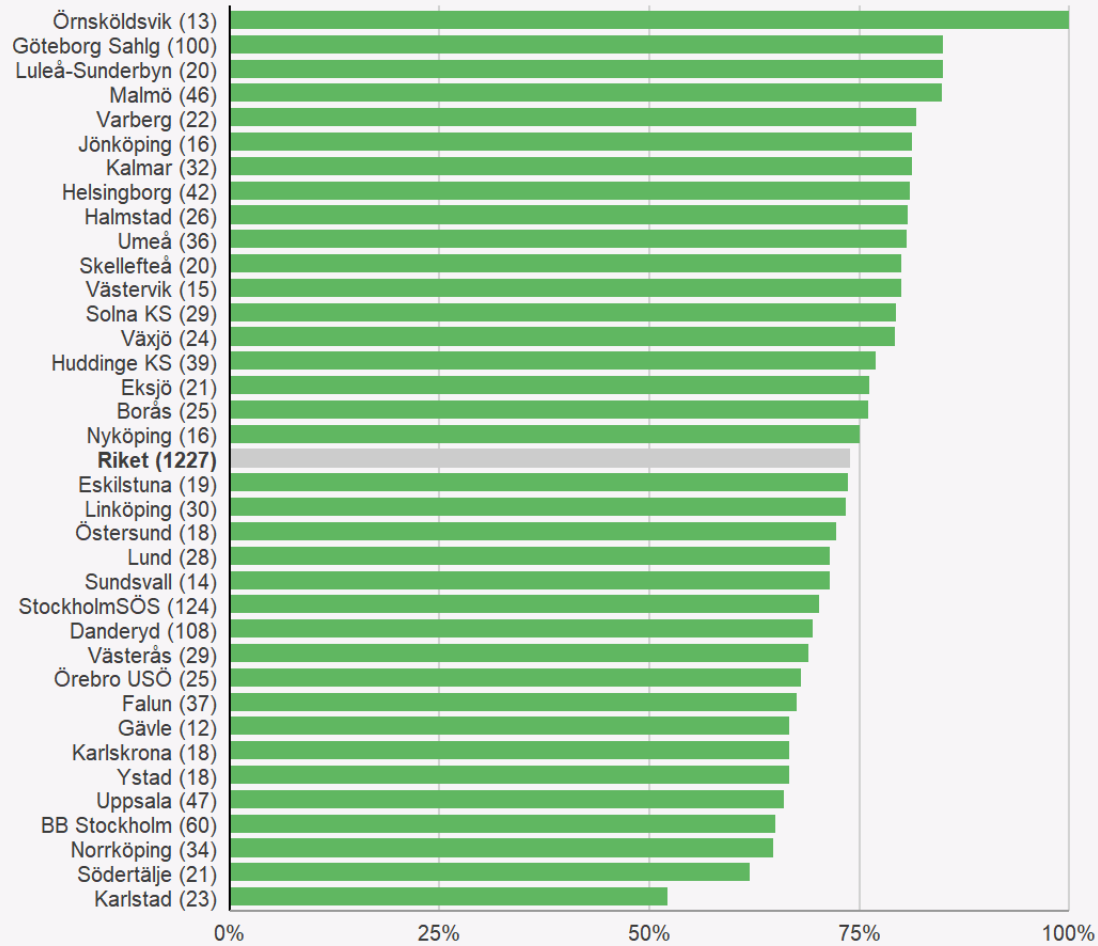
2385 kvinnor opererade år 2018 har svarat på 1-årsuppföljningen.

Patientens nöjdhet



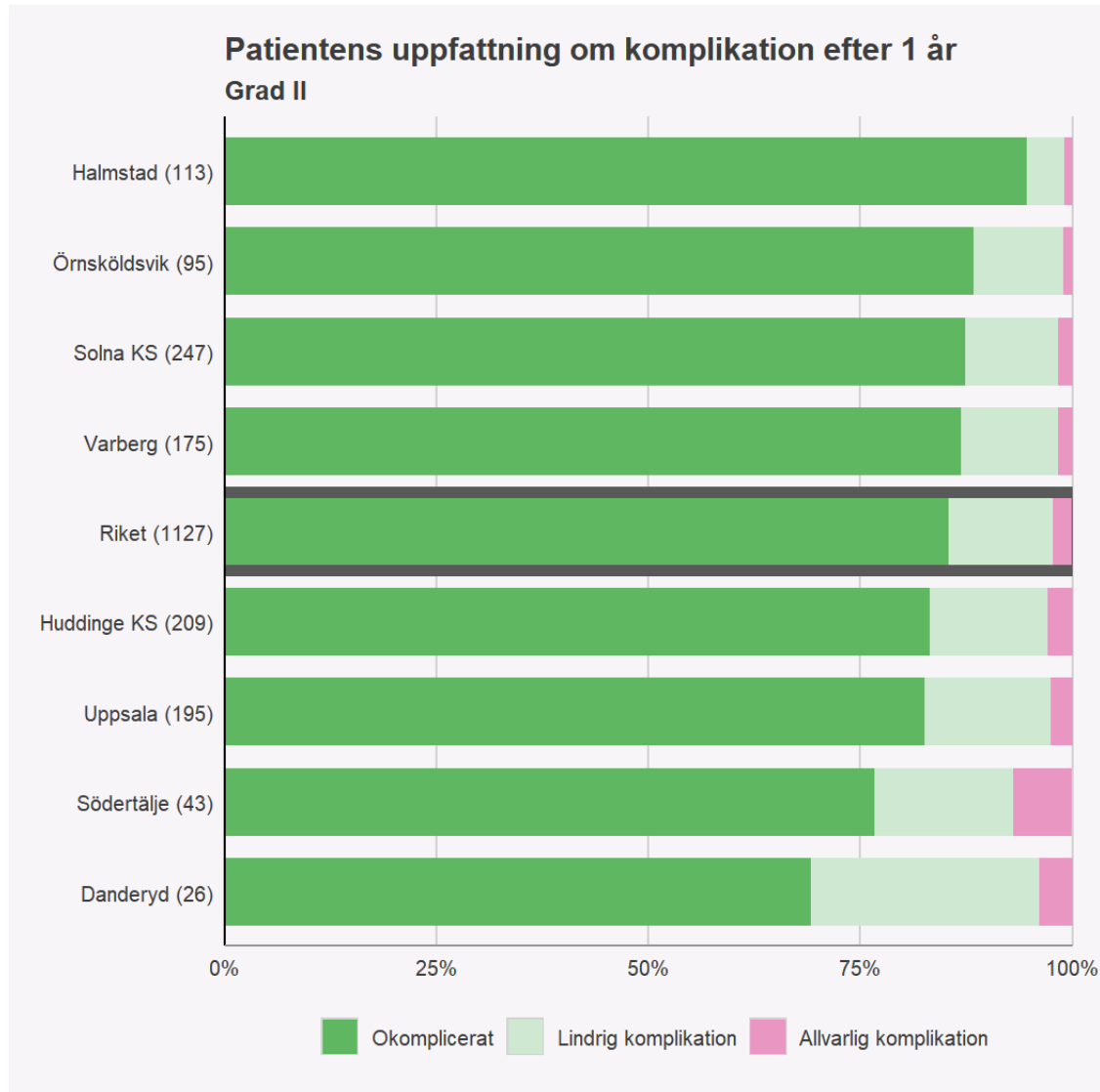
Figur 24. Andel kvinnor som uppger att sig vara nöjd ett år efter bristning grad 2. Rikets värde 77%.

Patientens upplevelse ett år efter förlossningsbristningen Grad III-IV



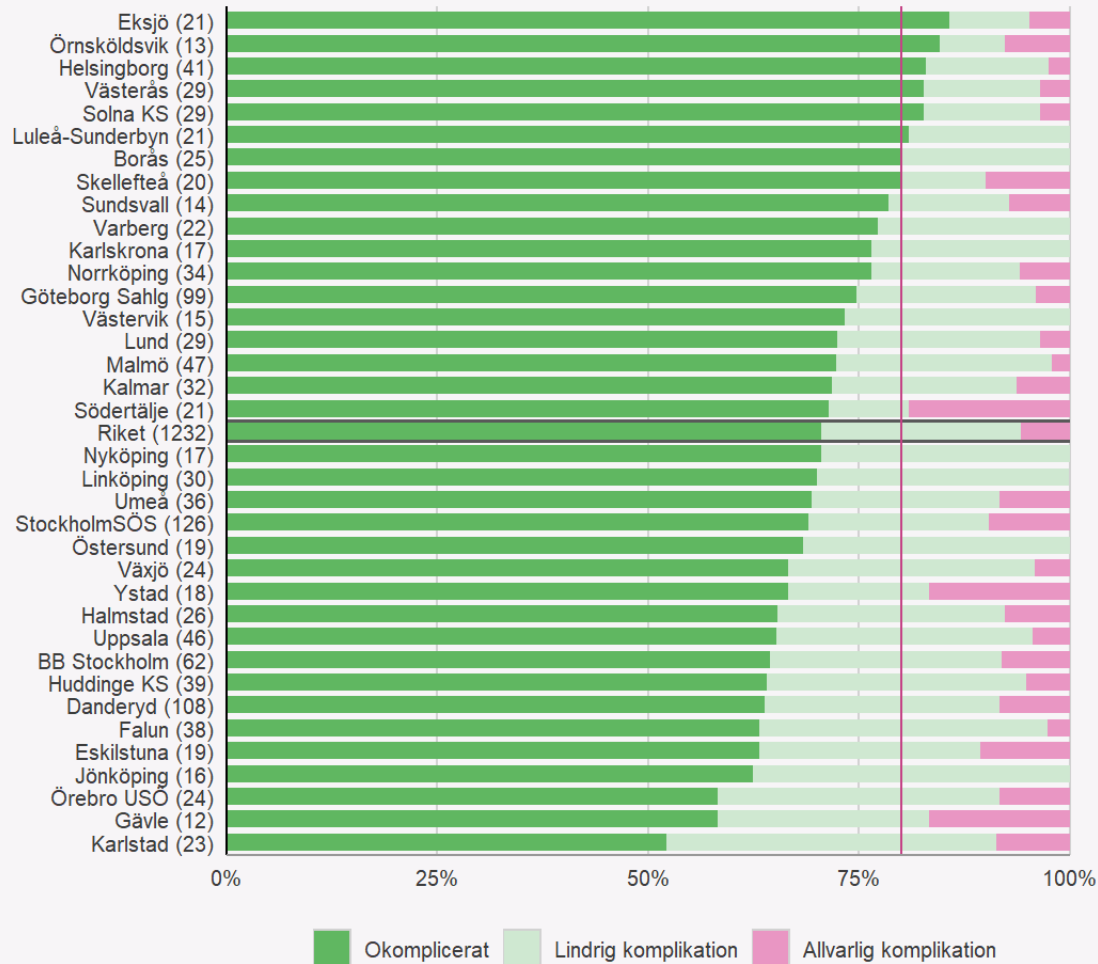
Figur 25. Andel kvinnor som uppger att sig vara nöjda ett år efter bristning grad 3 och 4, rikets värde 74%.

Komplikationer

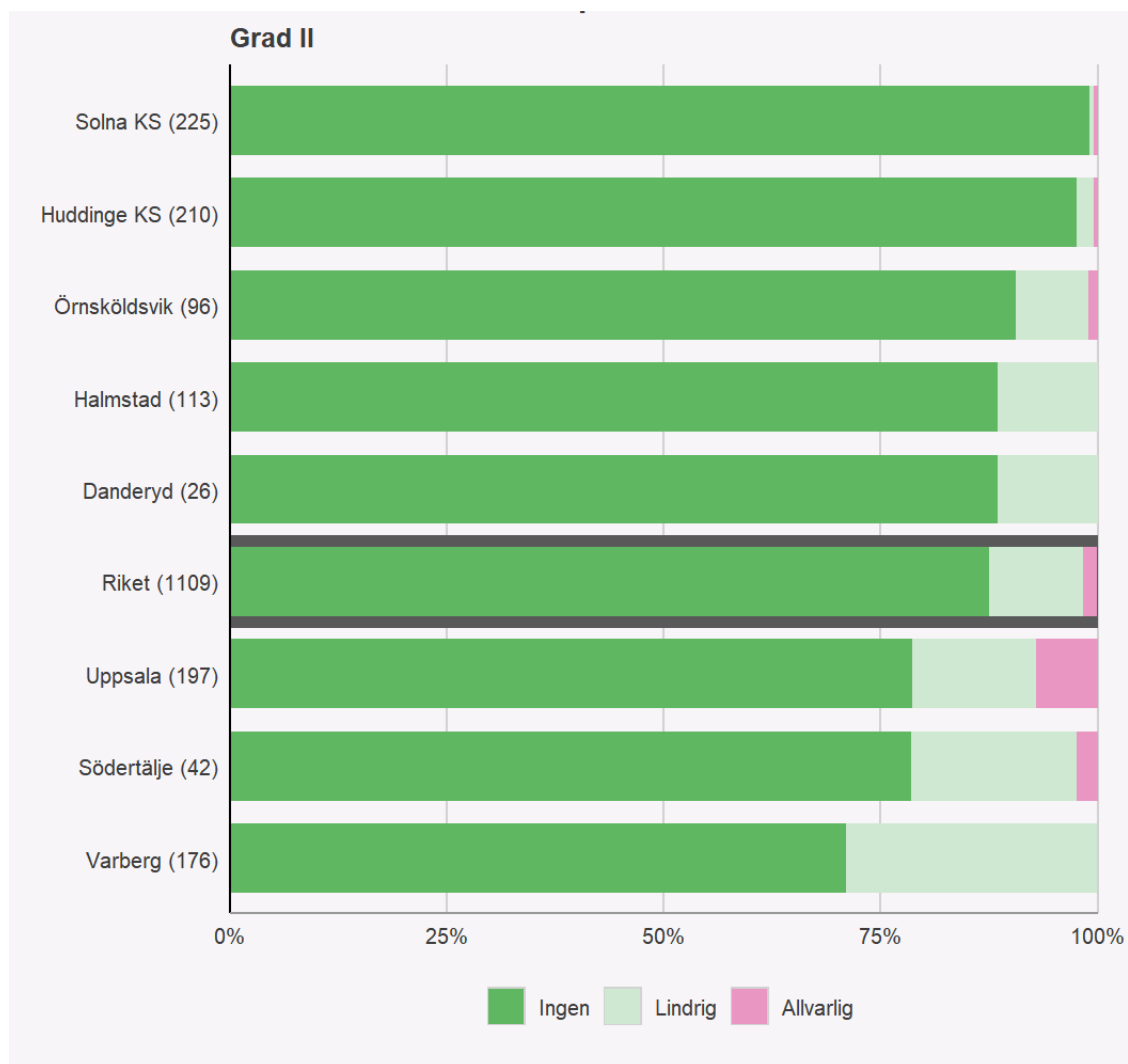


Figur 26. Patientens uppfattning om komplikation 1 år efter bristning grad 2. Rikets värde är 86% okomplicerat förlopp.

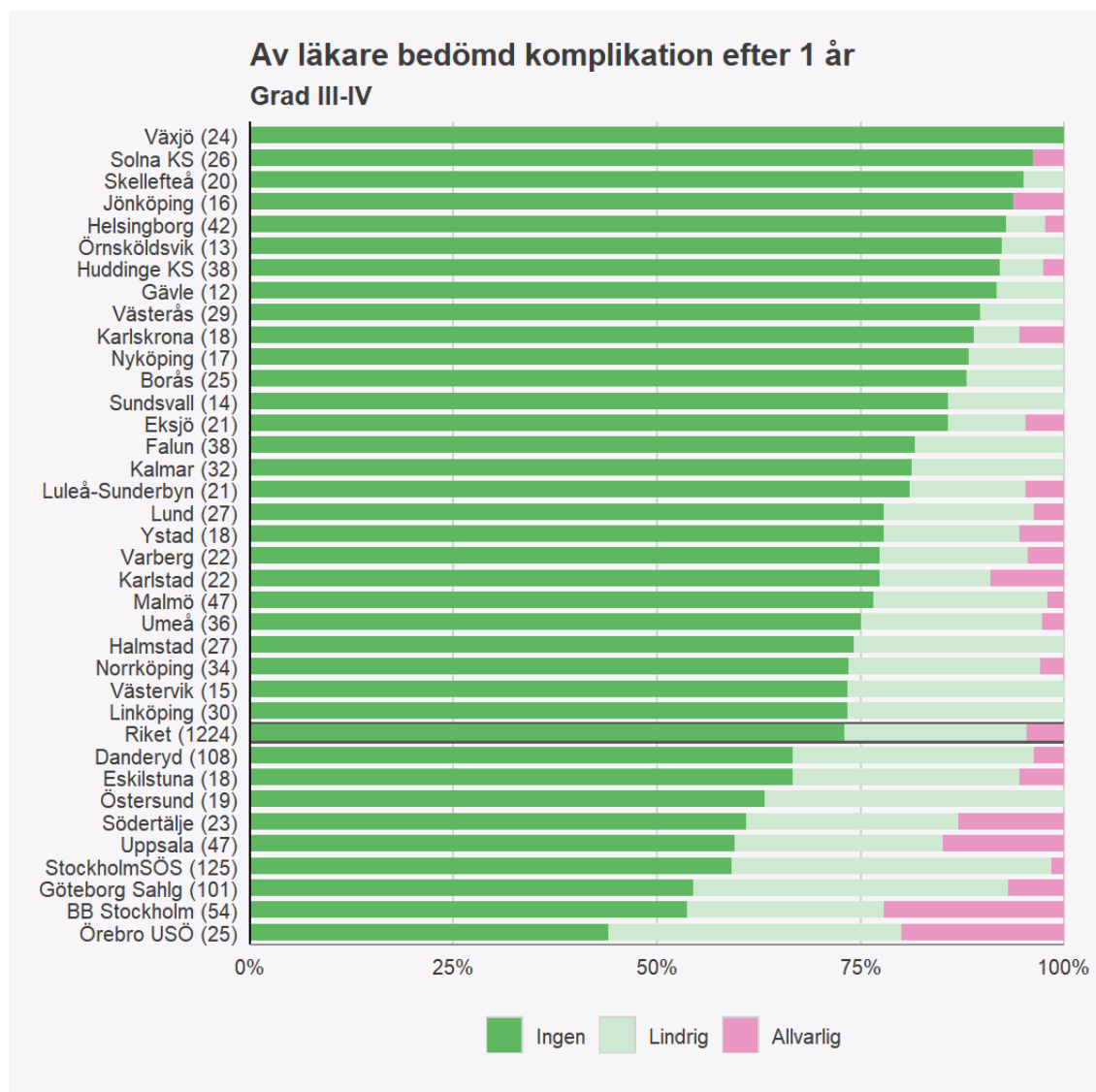
Patientens uppfattning om komplikation efter 1 år Grad III-IV



Figur 27. Patientens uppfattning om komplikation 1 år efter bristning grad 3–4. Rikets värde är 72% okomplicerat förlopp. Målvärdet är 80%, är markerat med linje i figuren.



Figur 28. Av läkare eller barnmorska bedömd komplikation 1 år efter grad 2. Rikets värde är 86% okomplicerade.

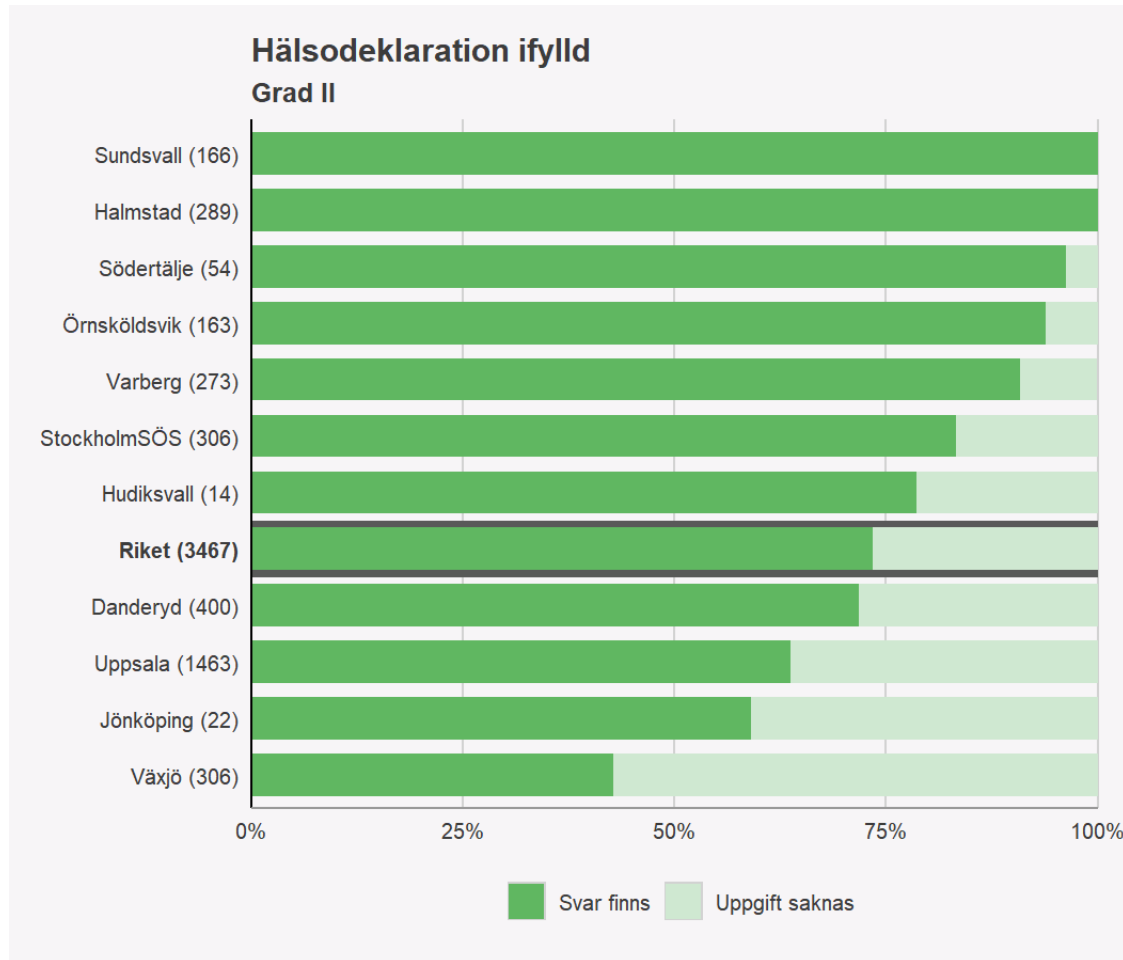


Figur 29. Av läkare bedömd komplikation 1 år efter grad 3–4. Rikets värde är 74% okomplicerat förlopp.

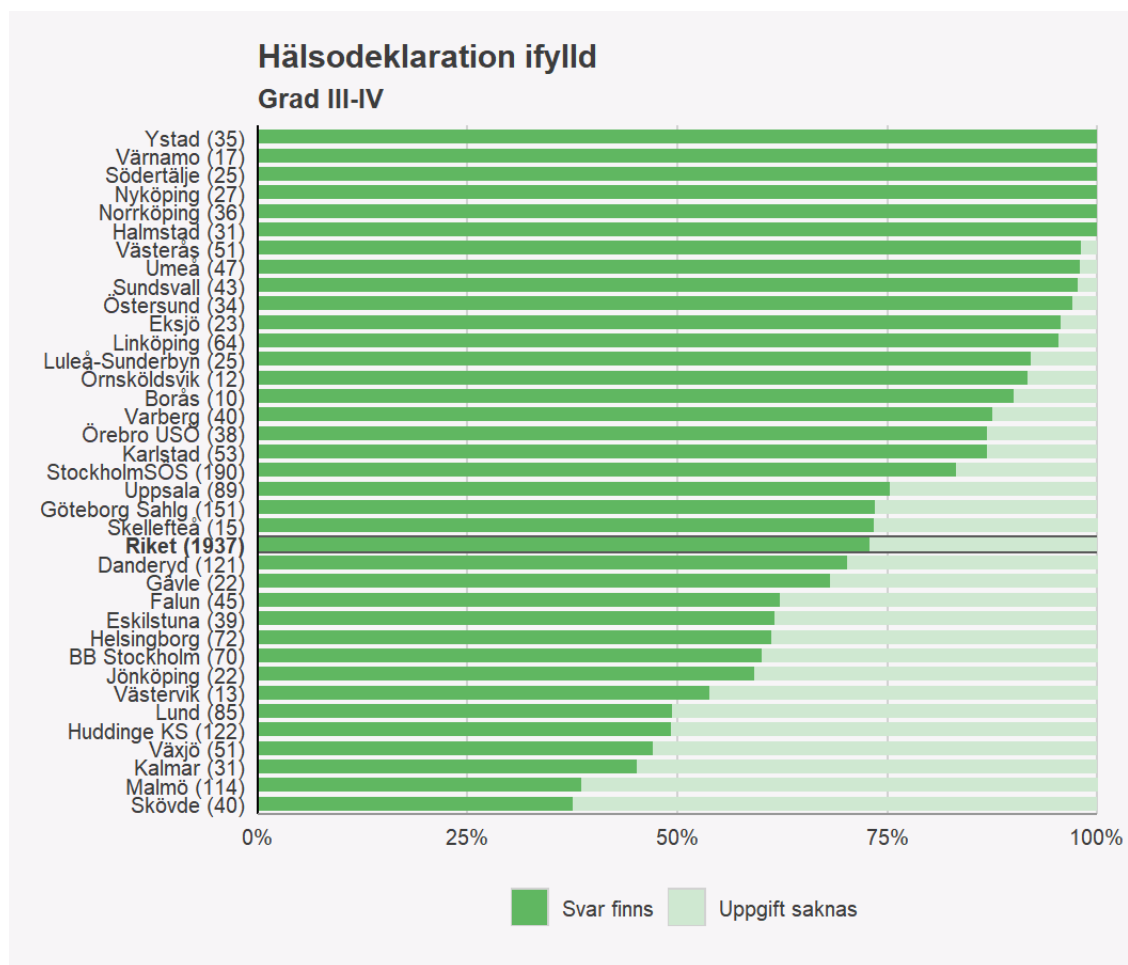
I bedömningen av komplikationer efter ett år finns en god överensstämmelse mellan vårdens och kvinnornas uppfattning för riket i medeltal. Överensstämmelsen mellan kvinnornas uppfattning om komplikationer och nöjdhetsgrad är också bra.

Svarsfrekvens för enkäter

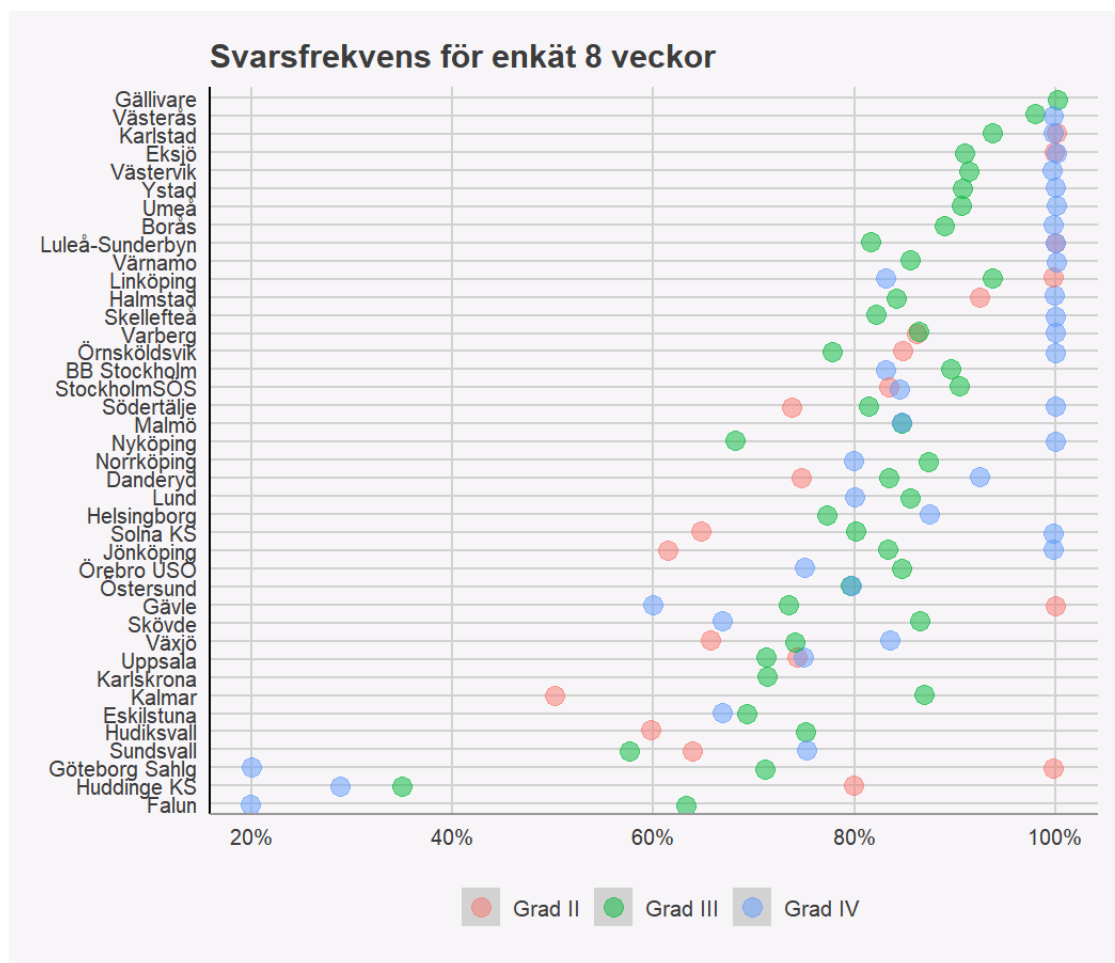
Här är det kliniskernas olika organisation som avspeglas. Höga siffror kommer inte av sig själv utan beror på att det finns eldsjälar som ser till att rutinerna följs. På Bristningsregistermötet 2020-10-16 får man tips om hur de klinker gör som har fina siffror samt en fördjupad analys av resultaten.



Figur 35. Hälsodeklaration om situationen före graviditeten ifylld, grad 2



Figur 36. Hälsodeklaration om situationen före graviditeten ifylld, grad 3 och 4.



Figur 37. Svarsfrekvens för enkät 8 veckor

Avslutande kommentar

I tidigare årsrapporter har vi visat jämförande siffror och stora skillnader mellan kliniker både i efterlevnad till registreringsriktlinjer och patientrapporterade utfall. Avgörande skillnader har setts vad beträffar diagnostiska metoder. Nya kvalitetsmått har fastställts utifrån data i rapporterna.

De nationella resultaten har förbättrats under åren avseende kvinnors upplevelse av komplikationer, detaljerad diagnostik och upplevt resultat. Att dessa efterfrågas är i sig en kvalitetshöjande faktor.

En viktig kvalitetsindikator, rapportering av inre ändtarmsmuskelskada förbättras för varje år vilket är glädjande.

Från 2020 införs nya undergrupper för grad 2-bristning. Det ger registret ännu större möjlighet att bidra till kvalitetsförbättring för kvinnor med förlossningsbristningar. Målet är ju att bristningar ska hittas, åtgärdas och följas upp på ett så bra sätt att de inte orsakar förlossningsskador och lidande för kvinnorna.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Analsfinkter	Ringmuskler i ändtarmen, som gör att gaser och avföring inte läcker ut.
Barnmorskeförbundet	Svenska Barnmorskeförbundet är barnmorskornas professionsorganisation, en sammanslutning för legitimerade barnmorskor och barnmorskestudenter. Svenska Barnmorskeförbundet en självständig facklig professionsförening inom SRAT (fackförbundet för akademiker i samhällsbara professioner).
Dyspareuni	Samlagssmärta
End-to-end sutur	Man syr ihop ändarna på trasig vävnad kant mot kant
Episiotomi	Ett klipp görs för att vidga förlossningskanalens och vulvas öppning i samband med förlossning.
LÖF	Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) är ett rikstäckande försäkringsbolag som har till huvuduppgift att försäkra de vårdgivare som finansieras av regionerna. LÖF:s uppdrag är att utreda och lämna ersättning till patienter som skadas i vården samt att bidra till att antalet skador i vården minskar. LÖF ägs av sina försäkringstagare, regionerna.
MFR	MFR (Medicinska födelseregistret) är ett av Socialstyrelsens register, och omfattar graviditeter som lett till förlossning i Sverige sedan 1973. MFR innehåller uppgifter om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn som rapporteras av mödrahälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. Levande födda samt dödfödda barn som har en graviditetslängd på minst 22+0 veckor ingår (före 1 juli 2008 ingick dödfödda från och med vecka 28+0). De uppgifter som ingår är bland annat kvinnans tidigare graviditeter, rökning, förlossningsklinik, graviditetslängd, smärtlindring, förlossningssätt, diagnoser hos moder och barn, operationer, barnets kön, vikt, längd och huvudomfång samt barnets tillstånd vid födelsen.
Obstetrik	Läran om graviditet, förlossning, postpartum (tiden efter födsel) och tillstånd hos kvinnan som är relaterade till tiden i samband med graviditet och förlossning.
Passiv kontinens	Förmåga att uppfatta eller känna ansamling av avföring i ändtarmen och/eller att avföring passerar ut genom ändtarmsöppningen, så kallade passivt läckage.
SBU	SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en myndighet som har i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionstillstånd/-hinder.
Sekundärsuturering	I detta fall avser det en analsfinkterskada som inte har läkt på rätt sätt efter den första åtgärden i samband med förlossningen och därför behöver opereras ytterligare en gång vid ett senare tillfälle.
SFOG	Specialistföreningen inom obstetrik och gynekologi, SFOG, är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund. Föreningen är en sammanslutning av svenska gynekologer/obstetriker.
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner är en medlems- och arbetsgivarorganisation, där alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar. SKR ska ge service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner arbetar med.
Överlappade sutur	Man syr ihop ändarna på trasig vävnad omlott.