



Årsredovisning Bristningsregistret år 2015

Återrapport från Gynop-registret

Författare: Eva Uustal, registeransvarig läkare, överläkare, kvinnokliniken i Linköping
eva.uustal@regionostergotland.se

Statistiker Gabriel Granåsen, Registercentrum Norr, Umeå

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUERAD MARS 2016**

Årsrapport Bristningsregistret 2015

Bristningregistret är inne på sitt andra år. Redan har vi fått en unik kunskap om hur det går för kvinnor efter förlossningsbristningar.

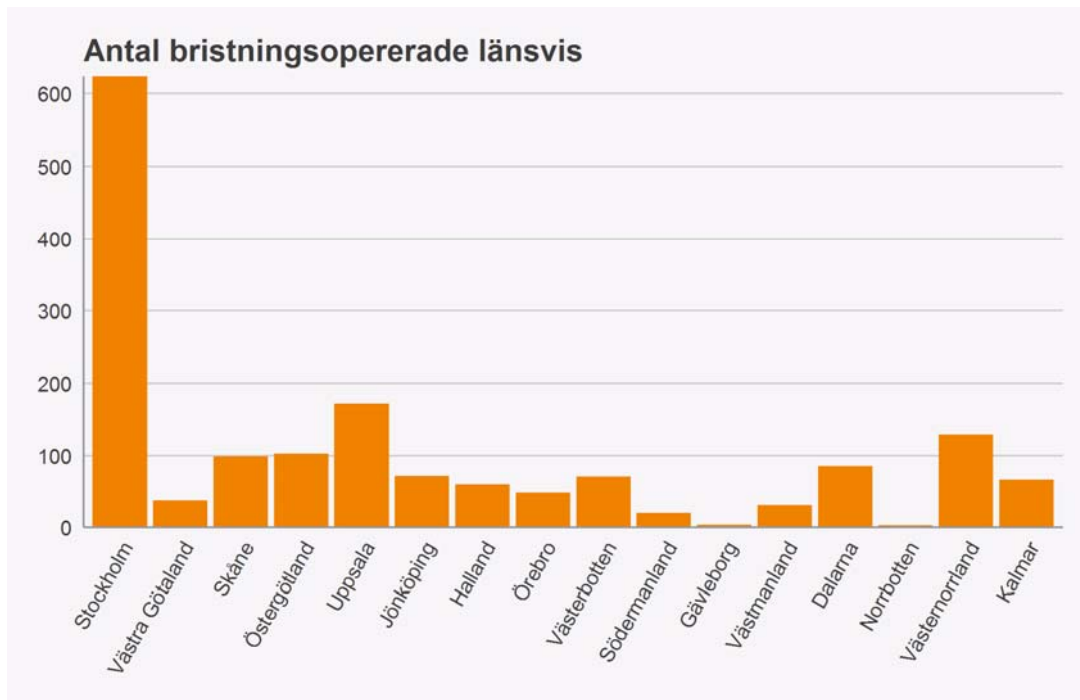
Data inhämtas från patienten om hur det var före graviditeten, med kontinens, buksmärtor och underlivsfunktion, efter 8 veckor avseende komplikationer och inkontinens samt om all funktion efter ett år. Det första enkäten fylls vanligen i på BB och resterande uppföljningen sker via webb- eller pappersenkäter. Variabler kring förlossning och suturering av bristning hämtas från obstetrisk journal.

Ett stort arbete läggs ned på de deltagande klinikerna av läkare, barnmorskor och vårdadministratörer/sekreterare. Täckningsgraden varierar beroende på hur de lokala rutinerna för inklusion fungerar. Först när registret kan förmedla resultat som är användbara i verksamheten, kan vi förvänta oss riktigt bra täckning. Antalet bristningar per sjukhus i Bristningsregistret kan därför vara lägre än i verkligheten.

Ungefär hälften av alla bristningar grad 3-4 i Sverige under 2015 är med i registret. Resultaten från ettårsuppföljningen kommer hos dessa under 2016. Nya kliniker tillkommer varje månad.

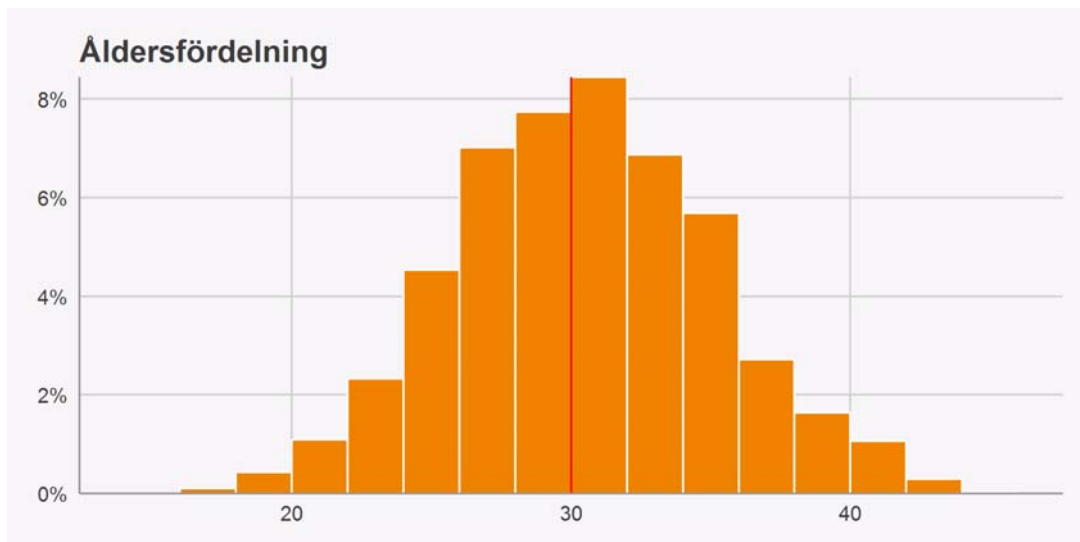
Bristningsregistret byggdes upp för att kunna kopiera ifrån Obstetrix "rätt av". Flera områden har andra journalsystem. De väntar på att man kan generera operationstext och diagnoser genom att fylla i operationsmallen direkt i Gynop-registret. Då kan läkare fylla i operationsmallen direkt i Bristningsregistret och få både text och diagnoser genererat. Texterna är färdiga och programmeras under våren.

Demografi



Figur 1. Antal bristningsopererade länsvis

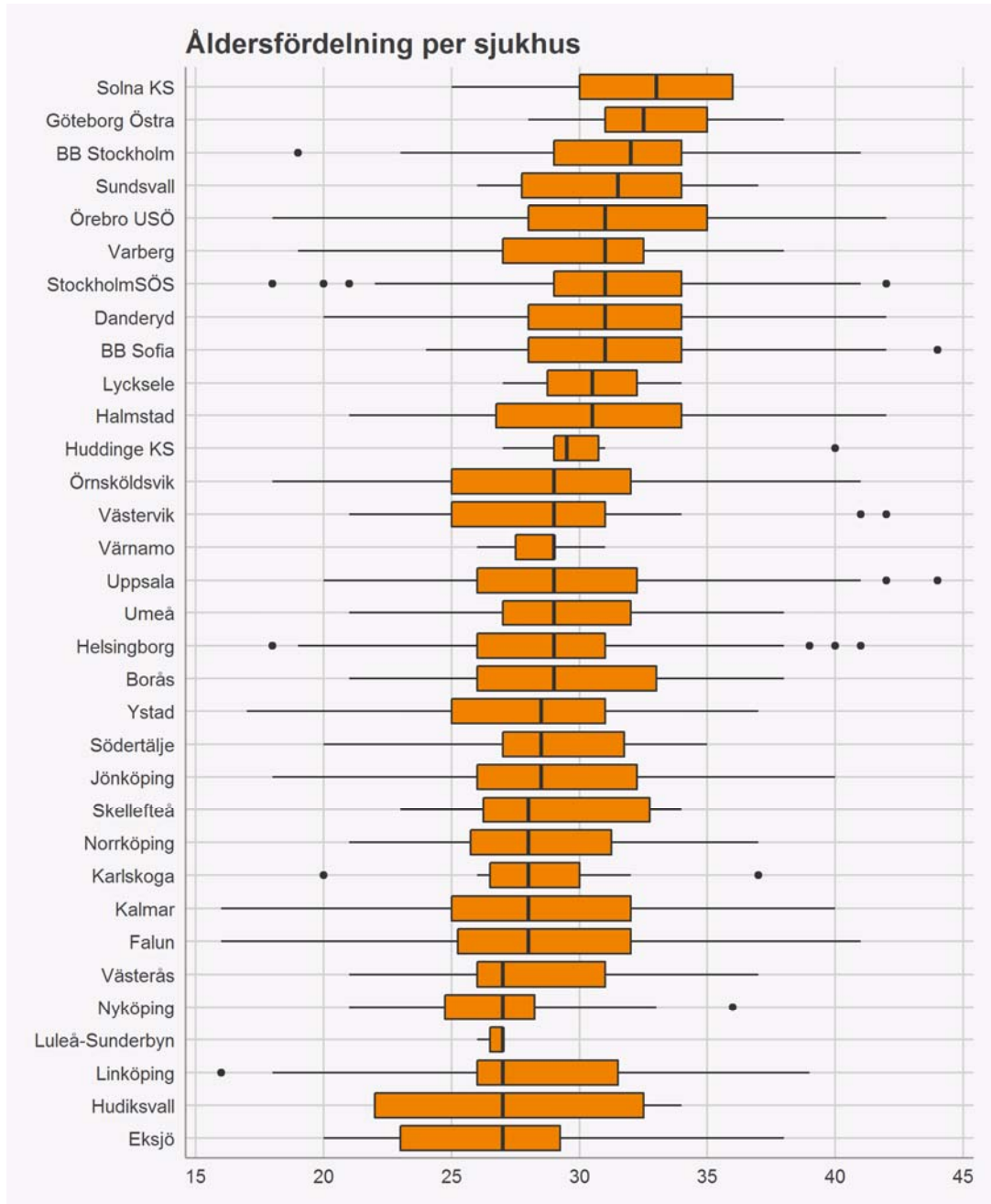
Stockholmsklinikerna har flest förlossningar och leder därför ligan. Västra Götaland och Skåne deltar ännu inte med alla kliniker. Norrbotten och Gävleborg med flera väntar på textgenerering innan man börjar registrera.



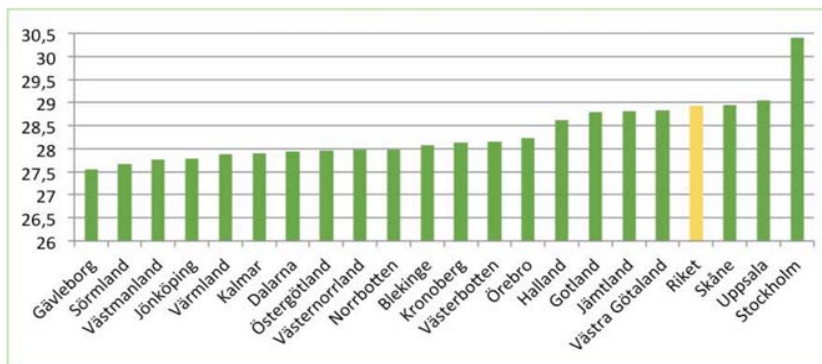
Figur 2. Åldersfördelning

Medelåldern för kvinnor var 30 år. Nittiofem procent var mellan 22 och 38 år gamla. Medelåldern i Sverige för alla förstföderskor var 28.9 år. (Graviditetsregistret 2014).

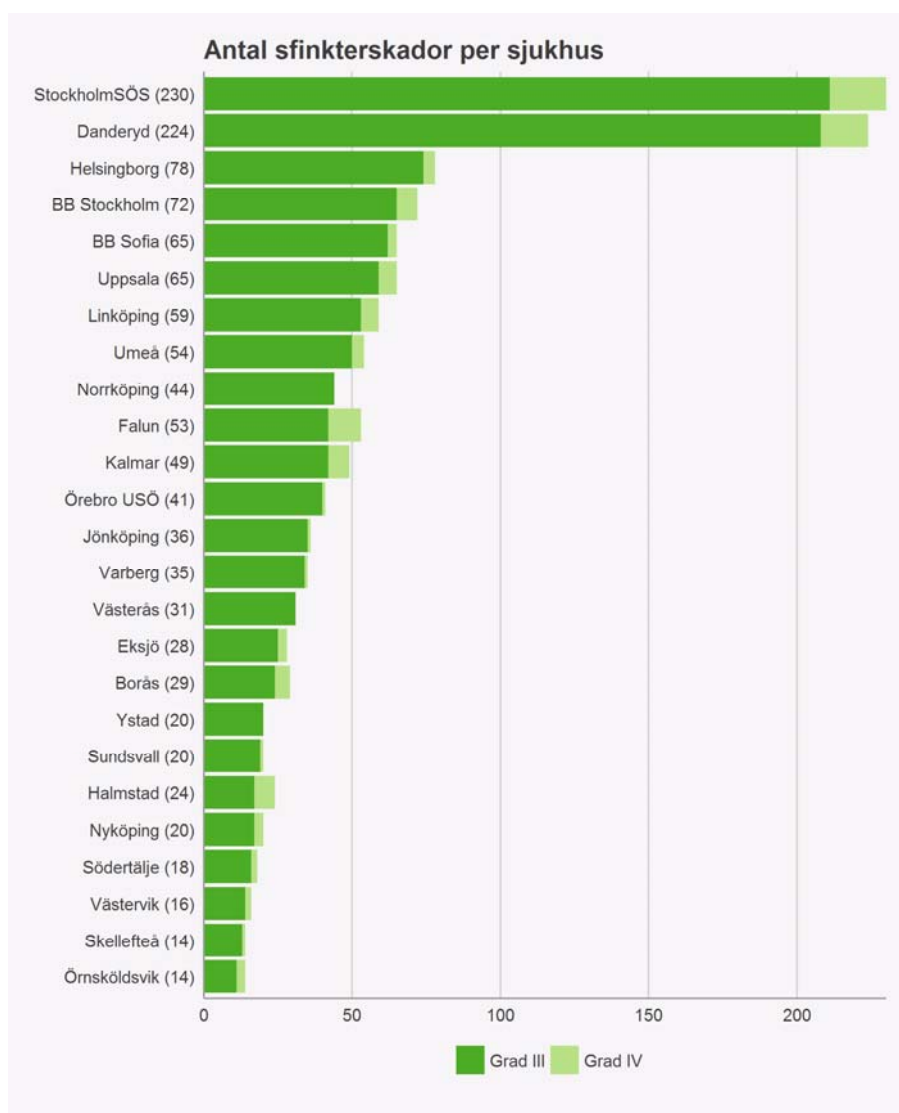
Högre ålder innebär en överrisk för sfinkterskada och Stockholmsklinikerna med äldre och smalare förstföderskor har något högre andel skador än andra regioner.



Figur 3. Åldersfördelning per sjukhus, kvinnor med bristning



Figur 4. Åldersfördelning, förstföderskor per län (Ur Graviditetsregistret 2014)



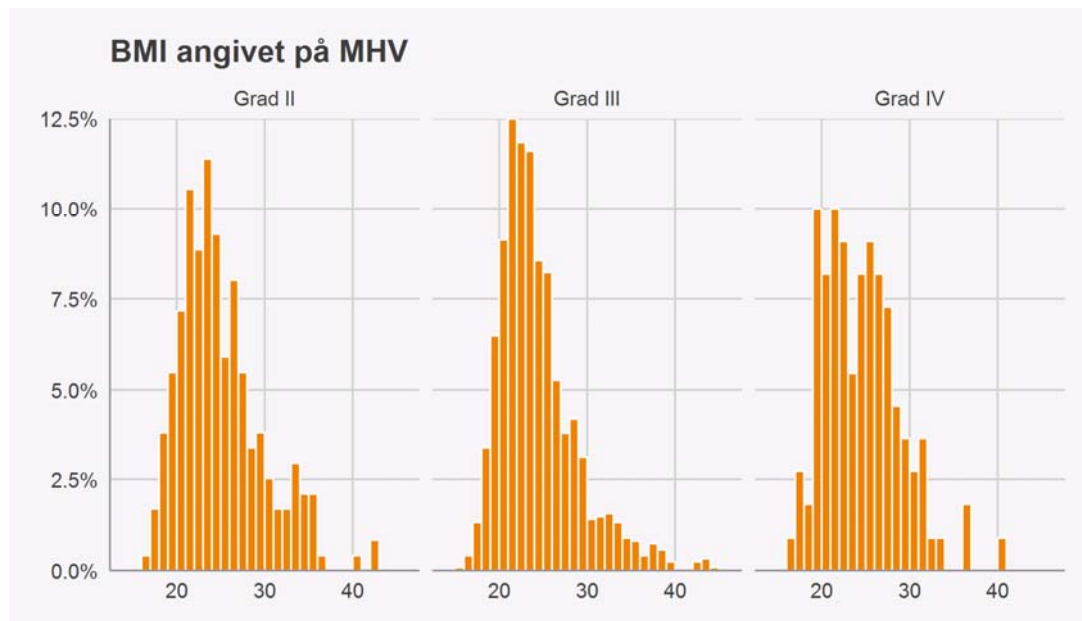
Figur 5. Antal sfinkterskador i registret per sjukhus

Nationella resultat

Obstetriska data och operation

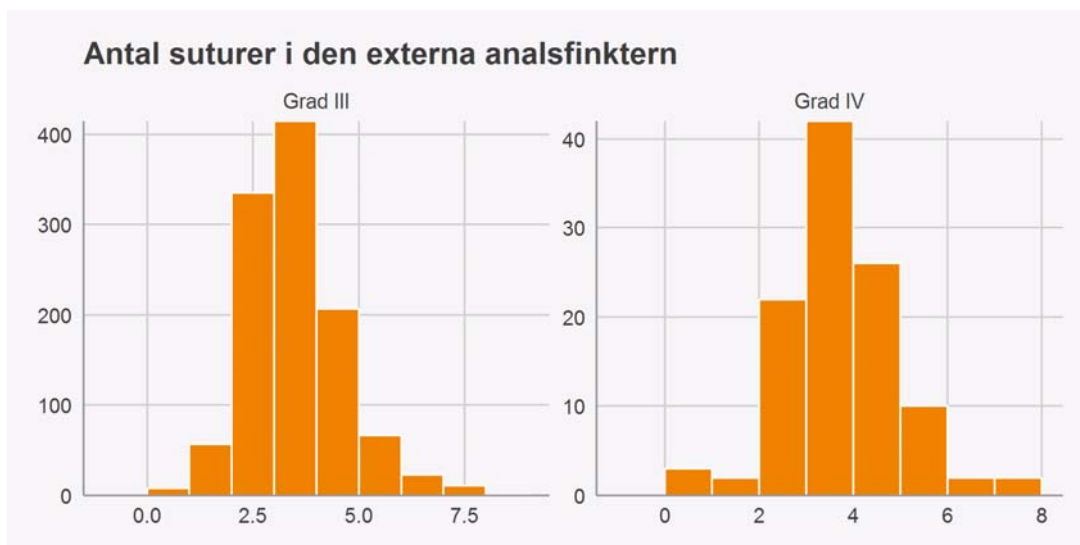
Under 2015 har 1621 kvinnor med sfinkterskada registrerats, 77.9% grad 3 och 12.1% grad 4. Det innebär att ungefär hälften av de kvinnor som fått en sfinkterskada i Sverige följs upp i registret. Ingen rapporterades ha tidigare sfinkterskada av de 16.6% som hade tidigare vaginal förlossning och 83.4% var således vaginala förstföderskor.

10 patienter blev under 2015 registrerade i registret utan angiven grad av bristning.



Figur 6. BMI angivet på MHV

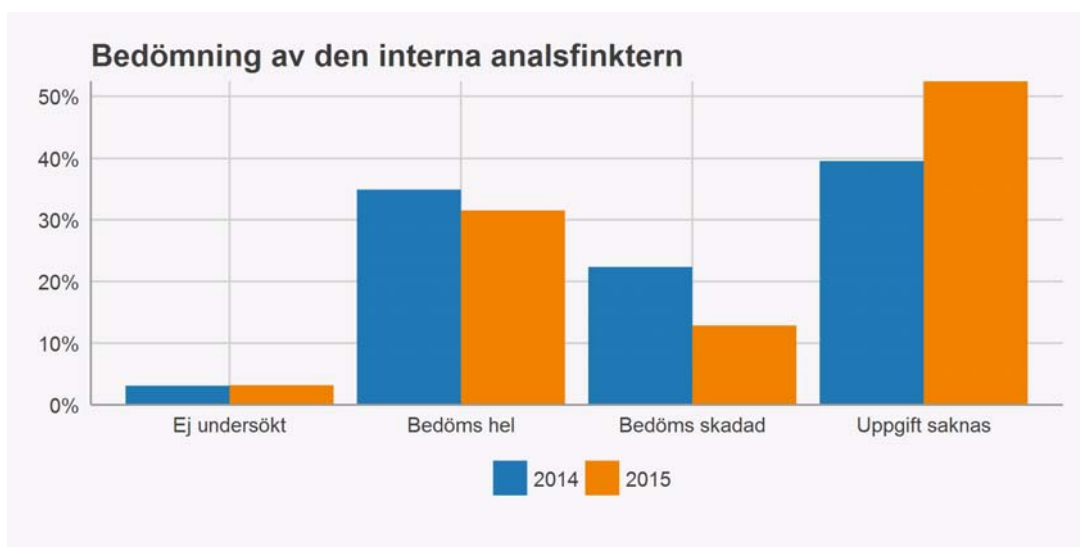
Medel-BMI, 24.5 var något lägre än de 24.8 som gäller för hela populationen gravida (Graviditetsregistrets årsrapport 2014). Det stämmer med tidigare registerforskning (Blomberg, 2014). Om detta beror på att diagnostiken är svårare än hos smala eller om det finns något hos överviktiga kvinnor som skyddar mot sfinkterskada är oklart. Mer ljus i den frågan kan komma när även grad-2-bristningarna följs upp systematiskt, eftersom det är där de flesta missade sfinkterskadorna finns (Faltin *et al.*, 2005; Andrews *et al.*, 2006)



Figur 7. Antal suturer i den externa analsfinktern

I figur 7 visas hur många suturer man suturerat den externa sfinktern med. Medelvärde är 2.99 för grad III respektive 3.23 för grad IV. 386 hade ej angett antalet suturer i registret. End-to-end-sutur är vanligast med 86.9%, överlappande sutur användes i 13.1 %. Uppgift saknades för 339.

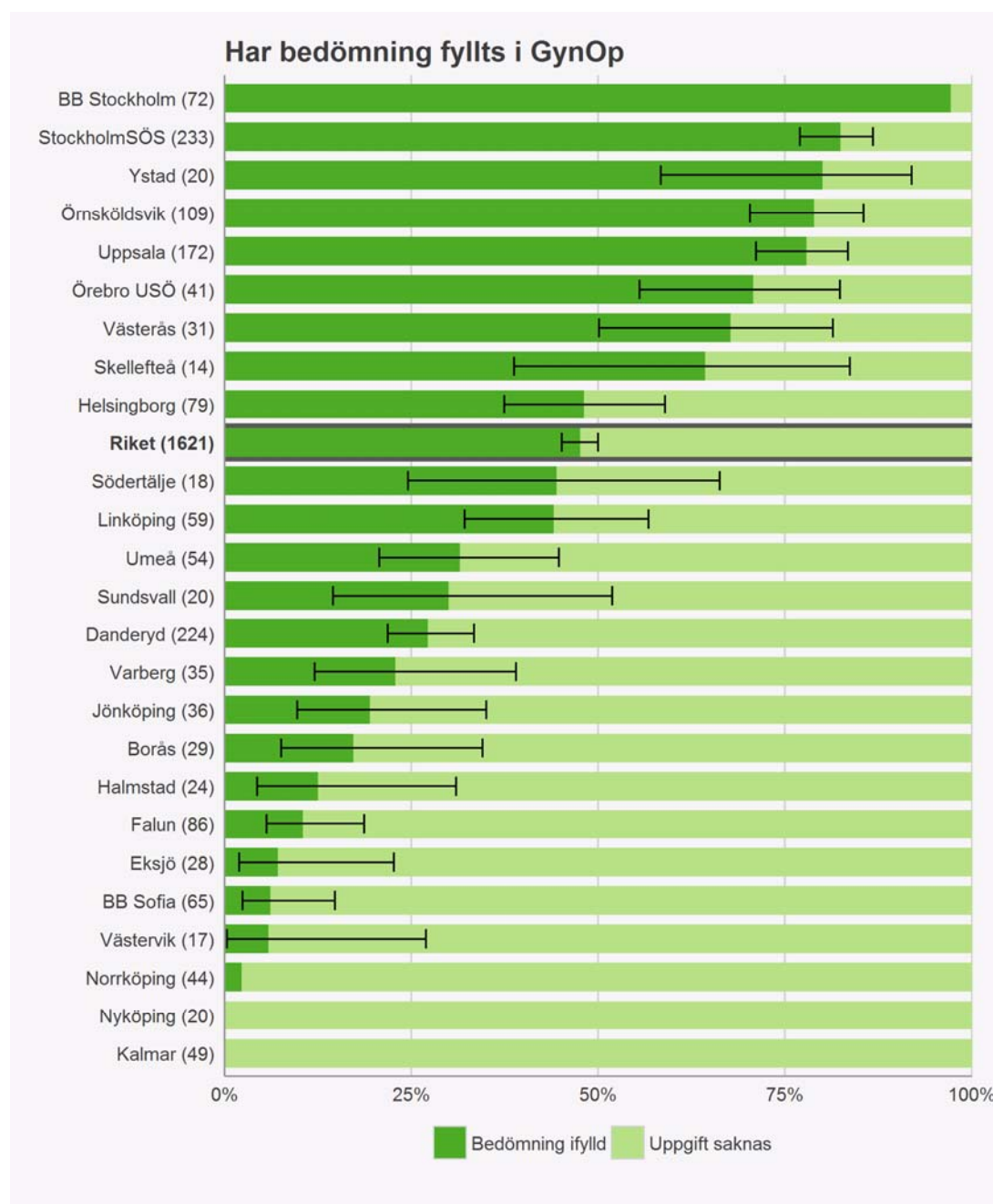
Variationen är stor och belyser nog skillnader i definitionen av vävnad. Gemensamma riktlinjer saknas och behövs. Man bör bara räkna suturer som verkligen sätts i identifierad externa sfinkterns vävnad i denna variabel.



Figur 8. Bedömning av interna sfinktern

Den interna sfinktern är viktig för passiv kontinens och kontroll över vad som kommer ned i analkanalen, så kallad sampling. Ej upptäckt, ej reparerad skada kan ge invalidiserande besvär.

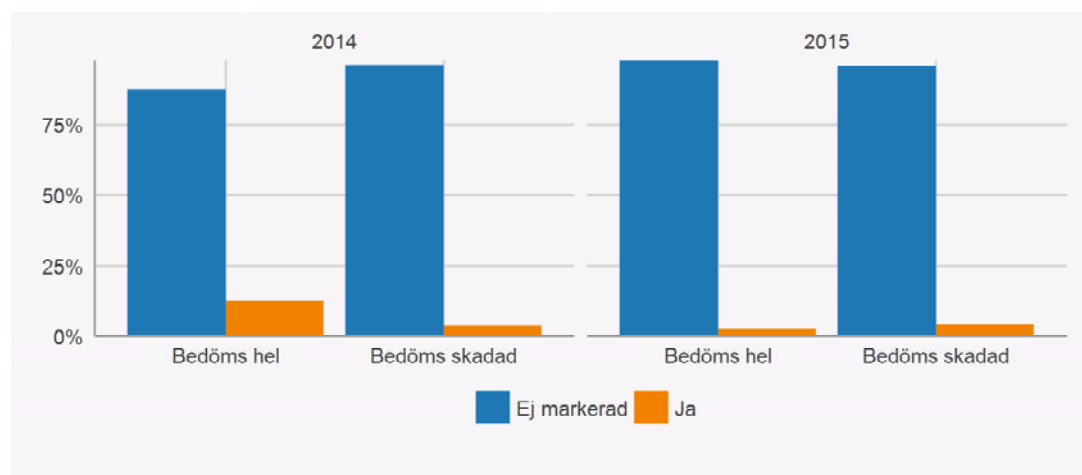
Färre uppgifter är registrerade om bedömning av den interna sfinktern 2015 än 2014. I hälften av fallen finns ingen uppgift. Om det beror på att man inte bedömer den interna sfinktern eller att uppgiften inte kommer in i registret är oklart. Vissa kliniker har en imponerande ifyllnadsgrad medan andra ligger lågt. Uppgiften ingår tyvärr inte de obstetriska operationsmallarna. För att den ska komma med i registret krävs att läkare fyller i uppgiften i fritext.



Figur 9. Har bedömning av interna sfinktern registrerats

Intern sfinkter	Antal	Andel(%)
Ej undersökt	52	6.7%
Bedöms hel	511	66.3%
Bedöms skadad	208	27%
Totalt	771	100%

Tabell 1. Utfall när den interna analsfinktern är bedömd.



Figur 10. Fördelning utförd ultraljudsbedömning eller ej när interna sfinktern har bedömts hel eller skadad. (Ja = ultraljudsbedömd).

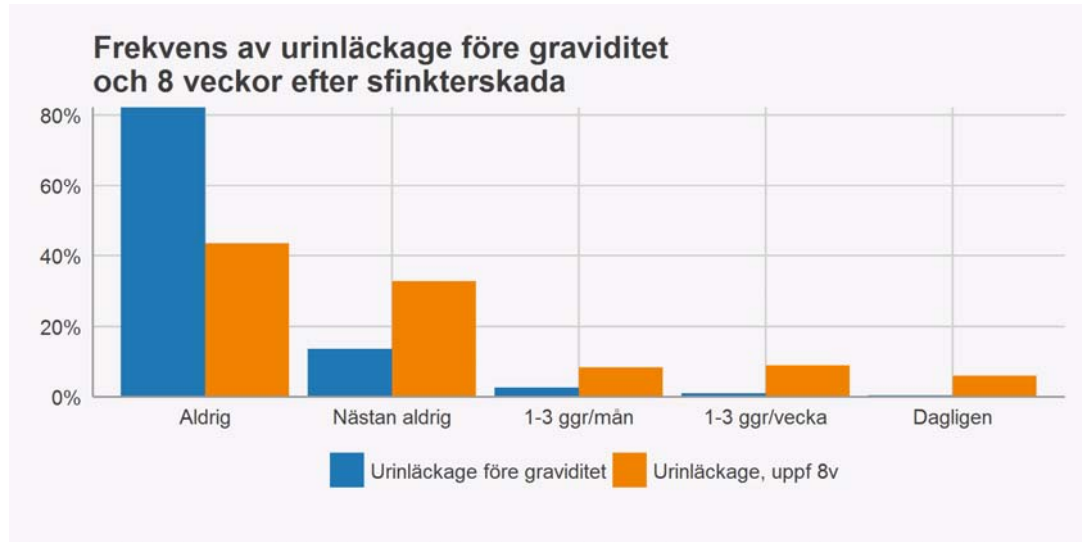
Intern analsfinkter	Antal	Andel(%)
Bedöms hel	13	59.1%
Bedöms skadad	9	40.9%
Totalt	22	100%

Tabell 2. Bedömning med ultraljud av den interna analsfinktern.

Bedömning med ultraljud har enligt registret skett i 3.1% av fallen (22 st). Här saknas ett femtiotal fall som ingår i ultraljudstudier, studier där data registrerats utanför op-mallen (Linköping). Det är tidigare visat att endoanalt ultraljud ökar detektionsgraden av sfinkterskador och skyddar mot fekal inkontinens om man hittar missade skador direkt efter förlossningen (Faltin *et al.*, 2005). Eftersom den tekniken ännu inte är allmänt spridd och kräver stora investeringar i tid, pengar och utbildning, pågår studier om hur det fungerar att använda vaginal ultraljudsprobe för att screena för skador på framförallt den interna sfinktern direkt efter förlossning. Uppgift om ultraljud saknas också i de obstetriska journalsystemen.

Patientens upplevelse efter 8 veckor

Kontinens



Figur 11. Frekvens av urinläckage före graviditet och 8 veckor efter sfinkterskada

Urinläckage en gång i veckan eller oftare rapporteras av 1.3 % före graviditeten och 15.1% av kvinnorna 8 veckor efter förlossningen.

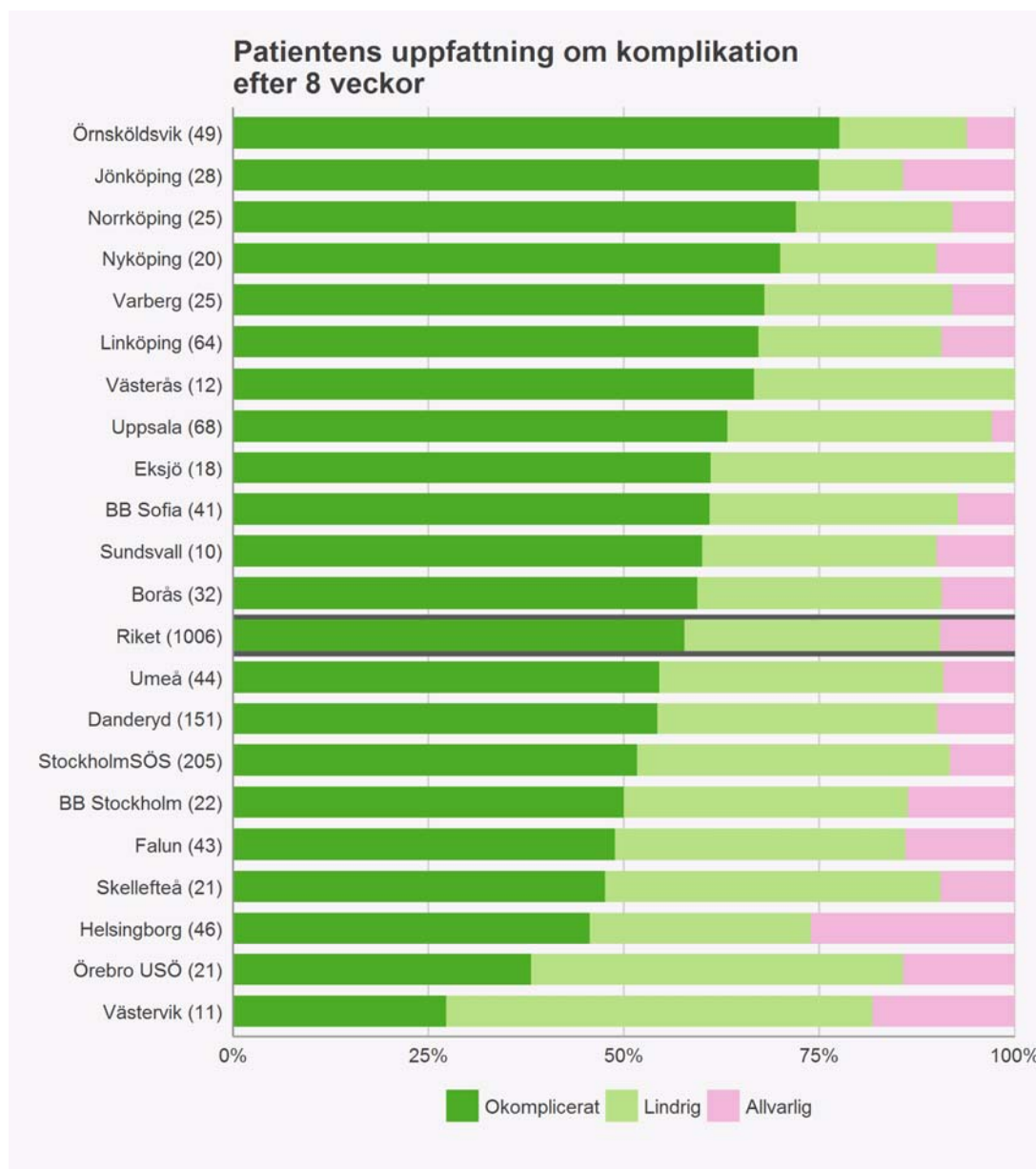
Svårighet att hålla gaser eller avföring beskrivs före graviditeten av 5.7% och 8 veckor efter sfinkterskada av 42%. 10.7% uppgav buksmärta överensstämmande med Rom-kriterierna för IBS före graviditeten. Hur det påverkar utfallet efter sfinkterskada återstår att analysera.

Komplikationer

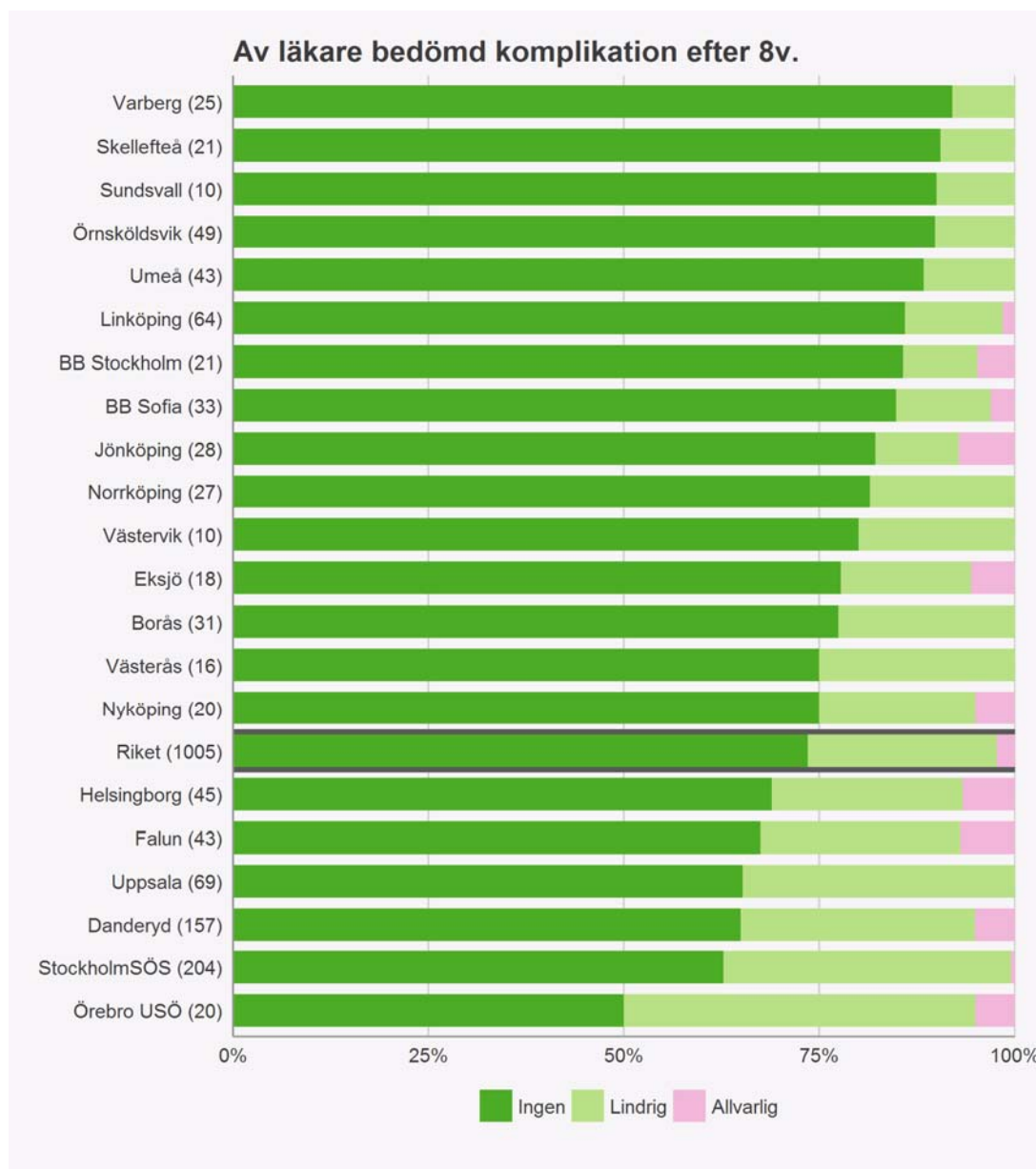
Ett mått på hur funktionen påverkas av en operation eller åtgärd är hur snart man kan återgå till normala aktiviteter. Mediantid för när patienten uppger återgång till normal aktivitet efter en förlossningsbristning är 5 dagar, dvs. längre än efter bakre plastik för prolaps 3 dagar (enligt årsrapporten för prolaps). Efter en prolapsoperation blir man ofta sjukskriven i 4-6 veckor och får förhållningsorder om att inte lyfta, motionera etc. Råden baseras på beprövad erfarenhet. Efter en bristning grad 2-4 har man (förhoppningsvis) också en omfattande suturerad muskelplastik. Kanske ska man överväga att ge patienter med bristning samma konservativa förhållningsorder som efter prolapsoperation. Endast 57.8% av kvinnorna anger att man haft ett komplikationsfritt förlopp 8v efter sin förlossningsbristning.

Diskrepansen mellan patienten och läkarens uppfattning om huruvida det varit en komplikation är betydande. Det finns anledning att se över hur patienterna informeras om funktion, smärtlindring, förväntad aktivitetsgrad, samliv, avföringsvanor och psykologiska effekter. Många patienter anger att de inte blivit undersökta i efterförloppet och lämnats att själva avgöra vad som är normalt eller inte. Här finns det utrymme för utveckling.

Antalet patienter uppdelat per sjukhus är ännu litet och säger inte mer än att många upplever problem. Bland de allvarliga komplikationerna kan nämnas infektioner med suturhaveri och svåra smärttillstånd.



Figur 12. Patientens uppfattning om komplikation efter 8 veckor

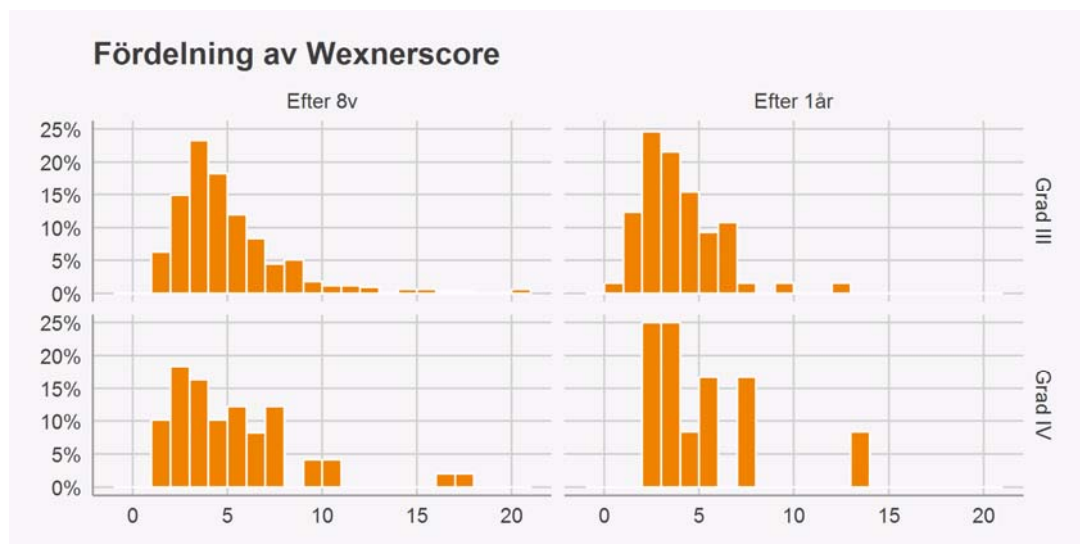


Figur 13. Av läkare bedömd komplikation efter 8 veckor.

Avföringsinkontinens

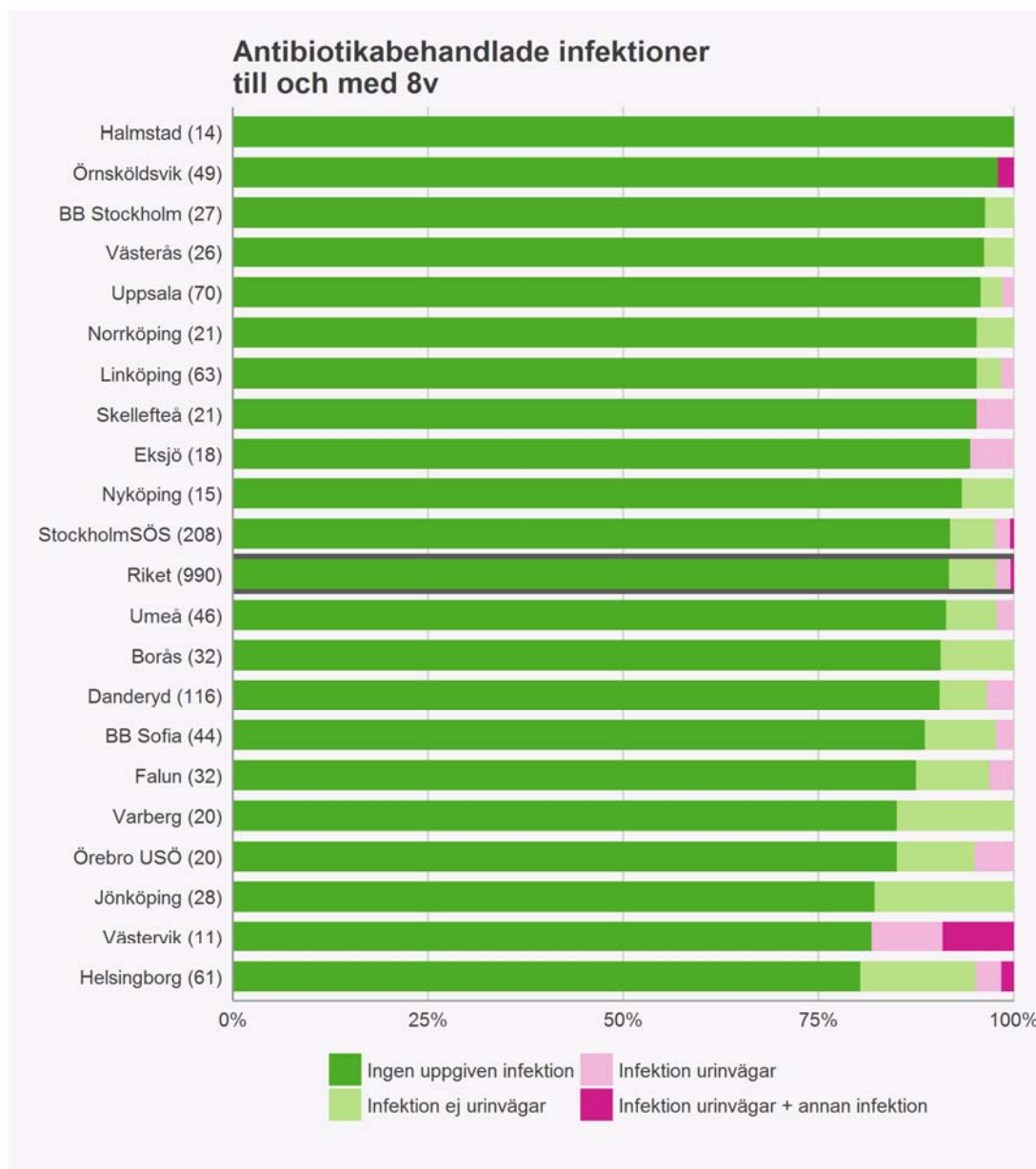
Avföringsinkontinens är en fruktad komplikation efter sfinkterskada (Rothbarth *et al.*, 2001). Det kan bero på ofullständig suturering, nervpåverkan eller problem med läkningen. Problemet förvärras av IBS eller annan tarmsjukdom. Wexner-score är ett validerat instrument för att värdera anal inkontinens och dess effekter på livskvaliteten. Formuläret visas i slutet av rapporten. I patientenkäten går det till så att man först svarar på om man har några besvär med att hålla gaser eller avföring. Svarar man ja öppnas ytterligare frågor vars svar värderas från 0-4 poäng och räknas ihop till en summa där 20 poäng är max.

Efter 8 veckor Wexnergraderade sig 401 kvinnor (28%). Mer än 4 poäng angavs av 26% och enstaka hade höga poäng talande för uttalad fekal inkontinens. Efter ett år graderade sig 77 kvinnor (23%). Mer än 4 poäng angavs av 17% och enstaka hade höga poäng. I de fall dessa kvinnor inte redan har sökt/fått vård bör svaren föranleda läkarkontakt och vid behov remiss till bäckenbottencentrum.



Figur 14. Fördelning av Wexner-score

Infektioner



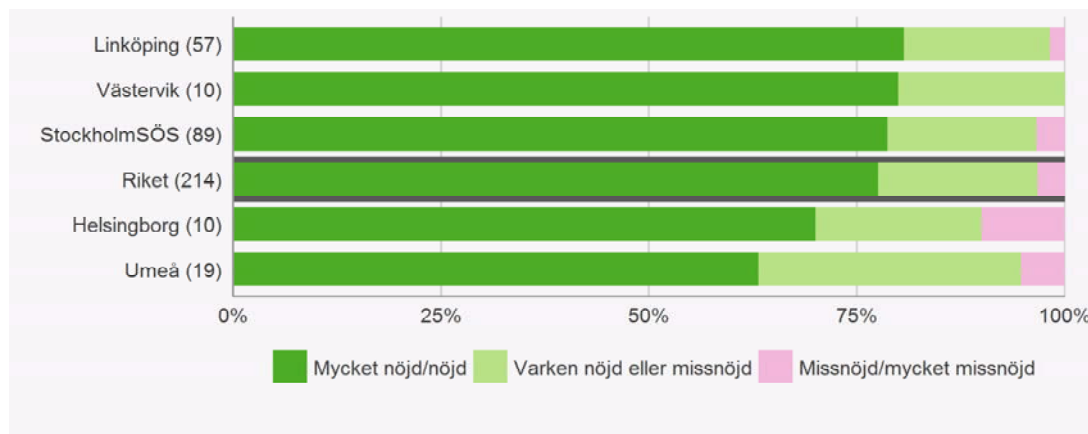
Figur 15. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8v

Sårinfektioner är ovanliga, under 10%. Det återstår att analysera hur man har använt antibiotikaproylax i samband med suturering. Uppgiften är hittills så sporadiskt ifylld att den inte går att använda.

Resultat efter ett år

223 kvinnor har hittills svarat på 1-årsuppföljningen. En fråga är ställd som "hur har det blivit för dig efter förlossningsbristningen?" I Gynop-registret formuleras motsvarande fråga som hur nöjd man är efter ingreppet, vilket vore fel i bristningssammanhang, det är ju inget man valt själv. De kvinnor som anger att man är missnöjda bör följas upp såväl enskilt lokalt men även som grupp i registret som helhet.

Patientens upplevelse ett år efter förlossningsbristningen

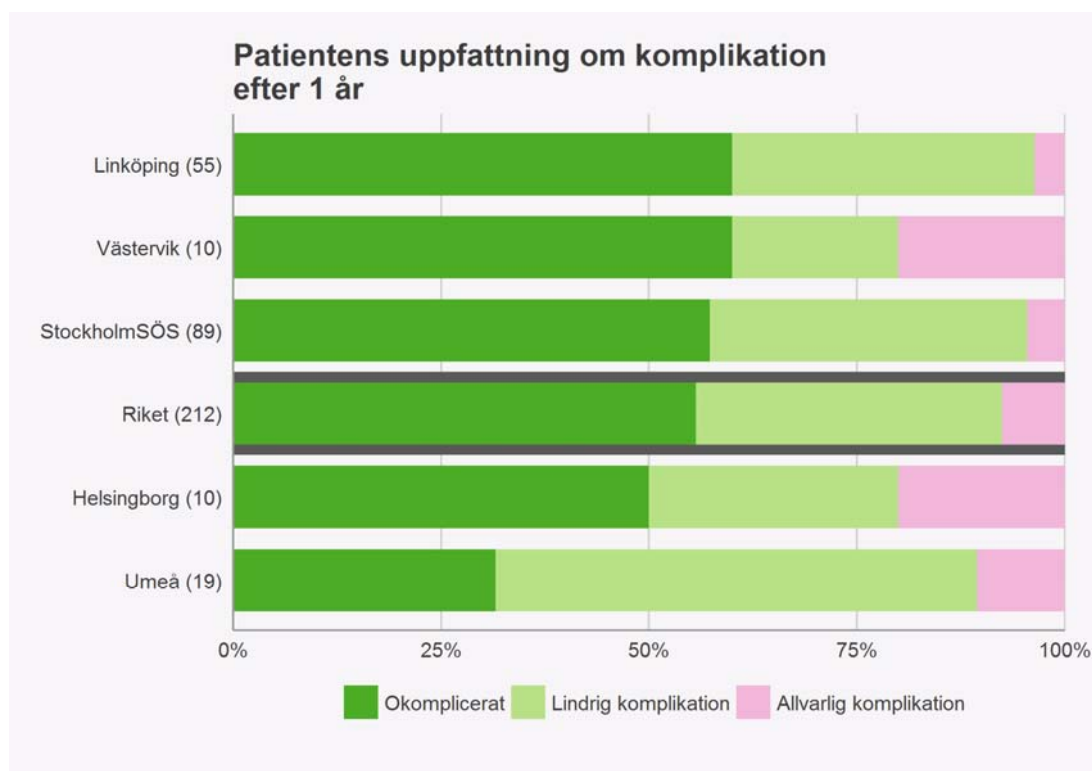


Figur 16. Patientrapporterad upplevelse efter 1 år

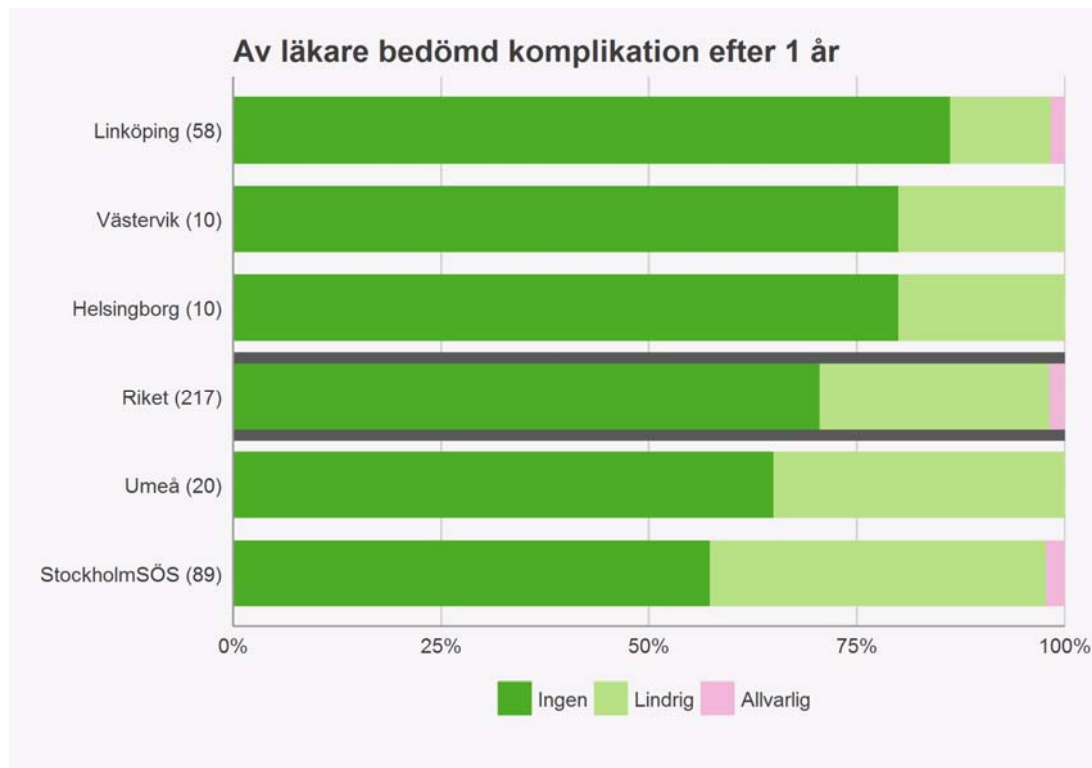
Komplikationer

Även efter ett år kvarstår en hög andel kvinnor som upplevt komplikationer. Överensstämmelsen mellan patienten och läkarens bedömning är inte så god.

Det pågår en kvalitativ sammanställning och analys av de många fritextsvaren. Den kommer att publiceras som en specialrapport under 2016. Fritextsvaren om komplikationer handlar t ex om smärta, påverkan på rörligheten och förmågan att sköta barnet, smärta vid avföring, tarmtömningsproblem och smärta vid samlag. Även ett psykologiskt lidande omnämns där man känner sig traumatiserad och misslyckad.



Figur 17. Patientens uppfattning om komplikation efter 1 år



Figur 18. Av läkare bedömd komplikation efter 1 år

Diskussion

Språk

Enligt Graviditetsregistrets årsrapport 2014 är andelen förlösta kvinnor födda utanför Sverige 21.8%. Icke svenskspråkiga kan inkluderas i själva registret men det kan bli problem med att förstå enkäterna. Att man frågar om underlivets funktion kan ju göra det känsligt att be om hjälp. Men frågorna är faktiskt en markering om att vården i Sverige värderar och kan benämna kvinnors underliv. Jag tycker att man ska förutsätta att kvinnor tar ansvar för sin egen hälsa och ser till att ta hjälp om det behövs. I detta sammanhang där pinsamhet och skam lätt ställer till problem är öppenhet extra viktig.

I registrets uppbyggnadsskede avser vi inte att översätta själva enkäterna till andra språk. En nationell patientinformation däremot kommer att översättas. När alla patienter så småningom fått samma information kan man bättre värdera data.

Komplikationer

En stor andel av patienterna upplever komplikationer, både efter 8 veckor och efter 1 år. En möjlig förklaring är vi inte riktigt informerar kvinnorna om hur långdraget läkningsförloppet kan vara. Det är en balansgång mellan att "skrämma upp" och informera. Patienternas svar i registret ger oss ny kunskap om hur det kan vara efter en bristning och kan användas som underlag för patientinformationens utformning.

Ungefär en fjärdedel av kvinnorna uppger anal inkontinens efter en sfinkterskada. Det återstår att analysera om det finns gemensamma karakteristika eller vårdförloppsfaktorer hos dessa kvinnor. I de fall där kvinnan uppger analinkontinens är det viktigt att hon får hjälp att komma till utredning och eventuell behandling. Det är ett av Bristningsregistrets viktigaste syften. Resultaten efter sekundär sfinkter-reparation är bättre ju tidigare efter skadan den utförs. För denna utsatta patientgrupp skiljer det sig betydligt över landet hur lätt det är att få utredning och hjälp.

Sårinfektion är en allvarlig komplikation efter förlossningsbristning. Det finns inga uttalade riktlinjer kring sårvård och kontroller efter en sfinkterruptur. Suturer som inte håller pga. infektion kan leda till smärta, dålig funktion och behov av reoperation. Antibiotikaproylax tycks minska denna risk (Buppasiri *et al.*, 2014; Lewicky-Gaupp *et al.*, 2015). Studierna som finns är dock små. Därför vore det av värde att samla registerdata om hur praxis är i Sverige. Data om antibiotikaanvändning i samband med sutur i registret är beklagligt ofullständiga. Det vore bra om uppgiften fylls i.

Sammanfattande kommentarer

Bristningsregistret är en muntert tultande tvååring med många förmågor men mycket kvar att utveckla. Det finns många aspekter att studera och vi välkomnar alla som vill använda data för forskning. Klinikerna kan följa sina egna resultat jämfört med riksdata i Rapportgeneratören.

Avsaknaden av uppgifter om den interna sfinktern kan bero på att man inte har dokumenterat sin undersökning. Det kan också vara så att man inte riktigt vet vad man ska titta efter. De kliniker som saknar eller har låg registrering hoppas jag tar upp frågan internt. Ett öppet samtal om rutiner och utbildningsbehov gagnar patienterna som ofta efterfrågar dokumentation kring diagnostik och suturering, framför allt om man får besvär efteråt.

Jag föreslår att bedömning av den interna sfinktern framledes införs som ett kvalitetsmått inom förlossningsvården. Måttet avspeglar både nivån på diagnostiken och rutinerna kring registreringen.

Nuvarande operationsmallar innehåller inte all information som behövs för att diagnoskodningen ska bli rätt. Det är oacceptabelt. En ny relevant operationsmall för bristningar behövs i journalsystemen för grad 2-, 3- och 4-bristningar. Då kan data om kvinnan, förlossningen och operationen föras över till Bristningsregistret via Graviditetsregistret. Det ger säkrare indata, automatgenererade diagnoser och frigör en del av administratörernas tid. Tyvärr kommer det att ta tid innan detta finns i drift.

I väntan på bättre mallar, beskriv "PISA-variablerna" i fritext

- ✓ Perinealkroppens tjocklek före sutur
- ✓ Interna sfinktern
- ✓ Suturmaterial i sfinktern och om
- ✓ Antibiotika givits pga. bristningen

så att läkarsekreterarna kan föra in dem i registret.

Vi kan redan nu börja informera patienterna bättre om att läkningen kan ta tid och smärtan kan kvarstå under flera månader. De flesta barnmorskor och läkare ser inte så många större bristningar och kan missa viktiga signaler. Lokalt anpassade nätverk med specialintresserade kan vara ett sätt att hjälpa patienter till rätt vård.

På gång

Fördjupad analys pågår om diagnostik vid grad 2 och 3, om BMI, sugklockeförlossningar, episiotomier och komplikationer.

Under slutet av våren kommer 2 SBU-rapporter om förlossningsbristningar.

Bäckenbottengruppen (SFOG, BMF, LÖF) har sammanställt resultaten av den nationella revision, om skador på kvinnan vid förlossning, som pågått de senaste åren. Goda exempel från landet, gruppens konsensus och SBU-rapporterna ska utmyнна i ett efterlängtat webb-baserat utbildningsmaterial med nationella riktlinjer kring förlossningsbristningar i samma anda som det om Neonatal HLR. <http://www.neohlrutbildning.se/main.php>. Prevention, diagnostik, behandling och uppföljning på kort och lång sikt kommer att belysas. En interaktiv 3D-anatomimodell och bildbibliotek ska ge både tränings- och examinations-möjligheter.

Regeringen har nyligen gett SKL i uppdrag att fördela resurser för att förbättra vården för kvinnor. Bristningsregistret i kombination med Graviditetsregistret ger oss unika möjligheter att mäta resultat ur patientens synpunkt före/efter utbildningar och nya riktlinjer. Uppdatering av journalsystemen till nutida förhållanden krävs och det lämpar sig väl för en nationell satsning.

Eva Uustal
Registeransvarig läkare, överläkare
Kvinnokliniken i Linköping
Eva.uustal@regionostergotland.se

Statistiker Gabriel Granåsen, Registercentrum Norr, Umeå

Wexner score

Har du svårt att hålla avföring eller gaser?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Om du har svarat nej på ovanstående fråga, hoppa till fråga x

Händer det att du släpper dig även när det är olämpligt?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

Har du läckage av lös avföring?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

Har du läckage av fast avföring?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

Använder du skydd pga. avföringsläckage?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

Påverkar dina läckageproblem din livsstil?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

Referenser

ANDREWS, V. et al. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? **BJOG**, v. 113, n. 2, p. 195-200, Feb 2006. ISSN 1470-0328. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16411998> >.

BLOMBERG, M. Maternal body mass index and risk of obstetric anal sphincter injury. **Biomed Res Int**, v. 2014, p. 395803, 2014. ISSN 2314-6141. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24839604> >.

BUPPASIRI, P. et al. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 10, p. CD005125, 2014. ISSN 1469-493X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25289960> >.

FALTIN, D. L. et al. Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**, v. 106, n. 1, p. 6-13, Jul 2005. ISSN 0029-7844. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994610> >.

LEWICKY-GAUPP, C. et al. Wound complications after obstetric anal sphincter injuries. **Obstet Gynecol**, v. 125, n. 5, p. 1088-93, May 2015. ISSN 1873-233X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932836> >.

ROTHBARTH, J. et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? **Dis Colon Rectum**, v. 44, n. 1, p. 67-71, Jan 2001. ISSN 0012-3706. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11805565> >.