

Bristning vid förlossning grad 3–4

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2024

Författare:

Sofia Pihl

Registeransvarig för delregistret för bristning i samband med
förlossning

MD, PhD, Universitetssjukhuset i Linköping

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2025-04-25



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	1
Demografi och registreringsdata i Bristningsregistret	2
Population.....	2
Diagnostik och operation.....	5
Antal operationer av bristningar grad 3 och 4	5
Diagnostik	7
Suturering	8
Antibiotikabehandling	9
Data från enkäter avseende komplikationer och operationsresultat	11
Resultat från 8-veckorsenkäten.....	11
Svarsfrekvens för enkät 8 veckor postoperativt.....	11
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv.....	11
Infektioner	16
Uppföljning efter 1 år - operationsresultat	17
Komplikationer	19
Samlagsbesvär	21
Urinläckage	22
Gas- och avföringsläckage (Wexner score).....	22
Råd från sjukgymnast/uroterapeut	24
Enkäthantering	26
Årets tema - Tid till normal daglig funktion.....	27
Tack.....	28
Ordlista.....	29

Inledning

Till GynOps delregister Bristningsregistret hör utfall efter primäroperationer av förlossningsbristningar grad 2, 3 och 4. På grund av omfattande material är dessa indelade i en årsrapport för bristning av grad 2 inklusive klipp (episiotomier) och en årsrapport för bristningar grad 3–4, som involverar slut-musklerna i ändtarmen (sfinkterskador).

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer utförda under år 2024. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har statistik från operationer gjorda under år 2023 använts, då kvinnorna fyllt i enkäten under år 2024.

Bristningsregistret har tre huvudsakliga syften;

- verksamhetsutveckling, utbildning och forskning
- att de som suturerar bristningar kan få återkoppling på hur det har gått för sina patienter
- att kvinnor med problem efter en bristning vid förlossning kan få uppföljning från sin klinik

Det finns betydligt mycket mer information i registrets databas än vad som får rum i denna rapport. I GynOp-registrets interaktiva rapport **GynOp Direkt** går det att se analyser av många av registrets variabler uppdelat per klinik eller region i olika tidsperioder. Rapportverktyget hittar du här:

<https://statistik.incanet.se/gynop/>

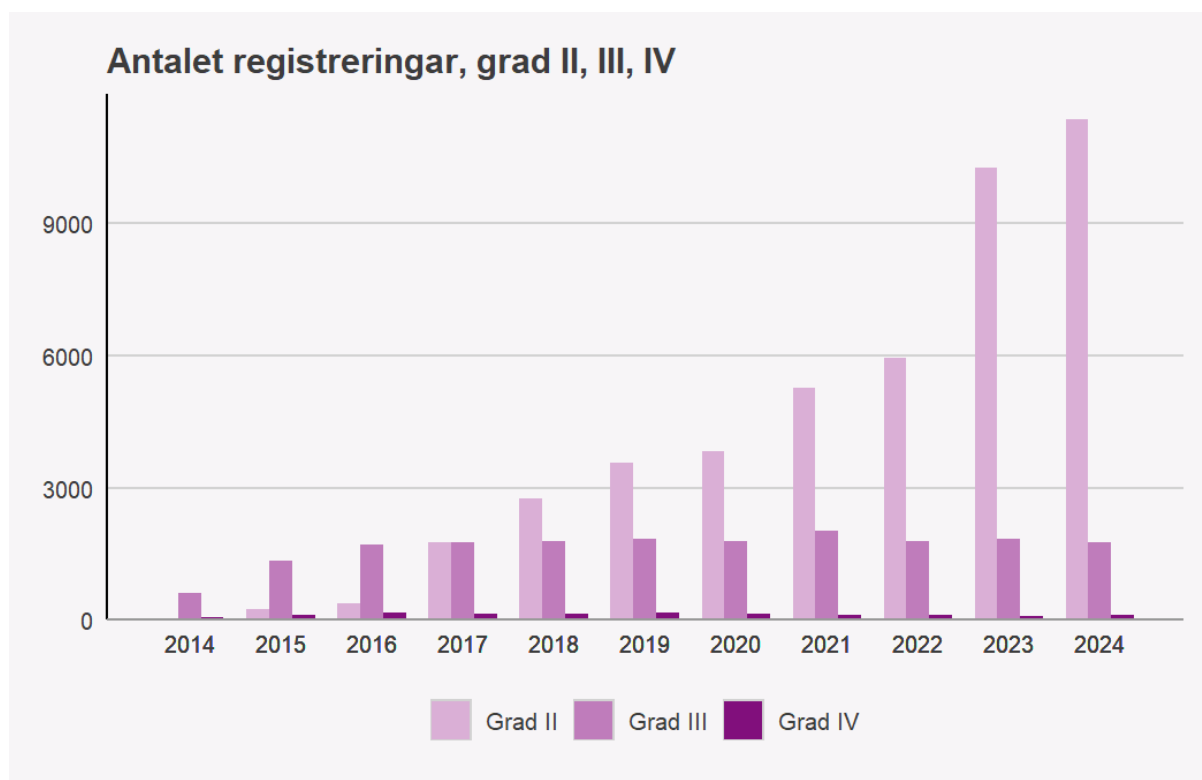
Om någon vill se en sammanställning över sin kliniks eller sina egna operationer (för användare = operatör) kan detta göras i GynOps Rapportgenerator i inloggat läge eller genom att höra av sig till lokal GynOp-ansvarig.

Möjligheten att hitta kvinnor som har besvär efter sina bristningar och utbildningsvärdet för läkare och barnmorskor som sytt bristningarna är mycket viktiga syften med Bristningsregistret. Vårdgivaren kan därmed bättre informera sina patienter om vad de kan förvänta sig efter en större förlossningsbristning. En systematisk uppföljning ger också kliniken möjlighet att styra vårdens resurser till de kvinnor som har besvär efter bristningar. Kvinnor som inte har besvär behöver inte komma på extrabesök utöver efterkontrollen.

Målet är att fler kvinnor ska uppleva sina vårdförlopp som okomplicerade, tack vare både förbättrad vård och mer detaljerad information om förväntat förlopp och egenvårdsråd.

Rapporten är indelad i tre delar – demografi och registreringsdata i registret, operationsresultat och komplikationer utifrån enkäter i registret samt avslutningsvis årets temainriktning. Årets tema på årsrapporterna från GynOp är sjukskrivningstider över landet och vid olika operationer. Eftersom föräldraförsäkringen ofta täcker tiden efter en förlossning har vi i denna rapport i stället valt att visa data om tiden för återgång till normal ADL. Detta avsnitt avslutar rapporten.

Demografi och registreringsdata i Bristningsregistret



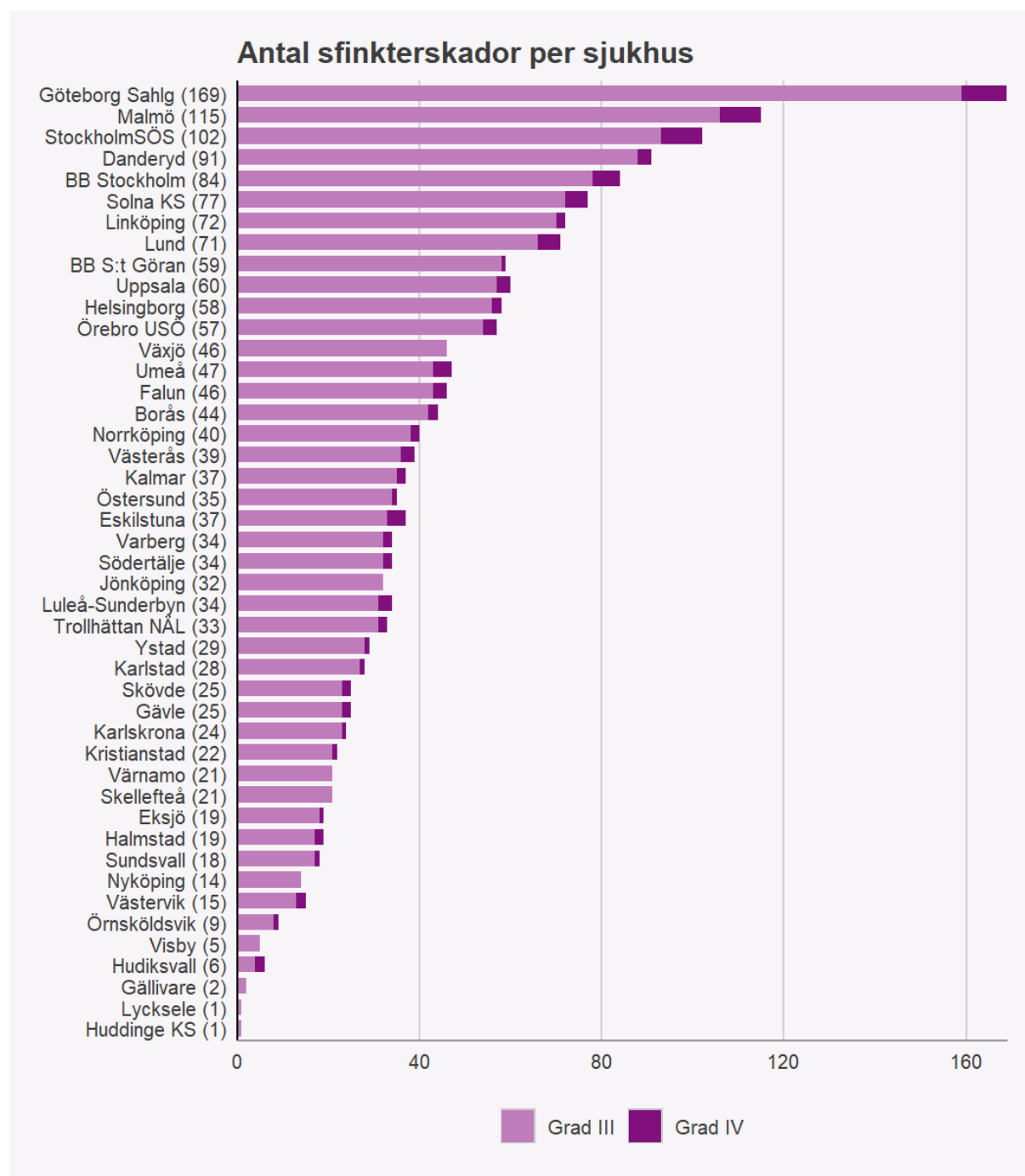
Figur 1. Antalet registreringar, grad 2, 3 och 4.

Population

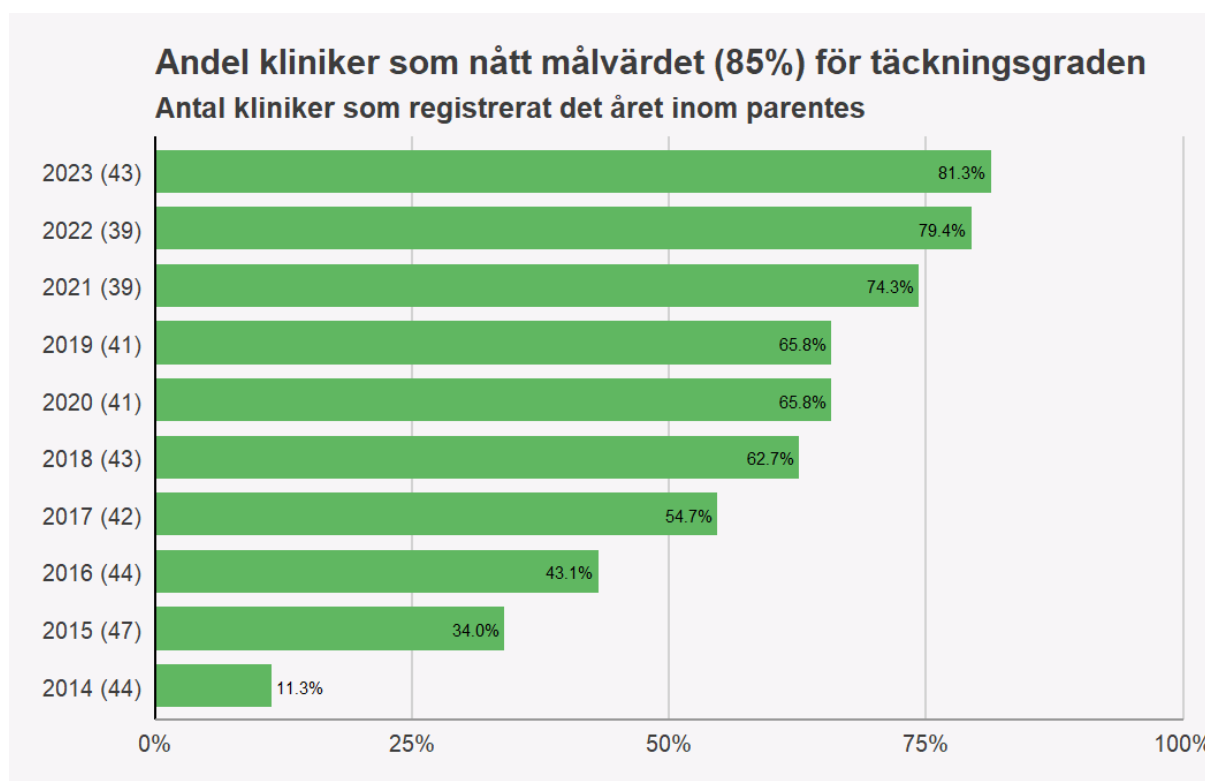
Under år 2024 registrerades 1 857 kvinnor med bristning grad 3 eller 4 i Bristningsregistret. Av dessa hade 94,3% en bristning av grad 3 och 5,7% en bristning av grad 4.

Medianåldern för kvinnor med bristningar av grad 3 eller 4 var 31 år. Av de registrerade kvinnorna var 95% mellan 23 och 38 år gamla.

Av de som registrerades år 2024 var 81,4% vaginala förstföderskor. Av de som rapporterades ha tidigare vaginal förlossning uppgavs 19% ha tidigare sfinkterskada. För 13% av de vaginala omföderskorna saknades information om tidigare skada och de exkluderades från denna analys.



Figur 2. Antal registrerade sfinkterskador grad 3–4 per sjukhus.



Figur 3. Antal registrerande kliniker som uppnådde målet för täckningsgrad år 2014–2023.

Målvärdet för täckningsgrad per klinik för bristningar grad 3 och 4 är 85%. En ökande andel av klinikerna i Sverige uppnår det målet.

Så här beräknas täckningsgraden:

För att beräkna täckningsgraden för GynOps olika delregister görs en jämförelse med Socialstyrelsens patientregister för utförda operationer i öppen eller sluten vård. Samkörningen görs på personnummer, operationsdatum samt olika variabler för att ange vilken typ av operation som har utförts.

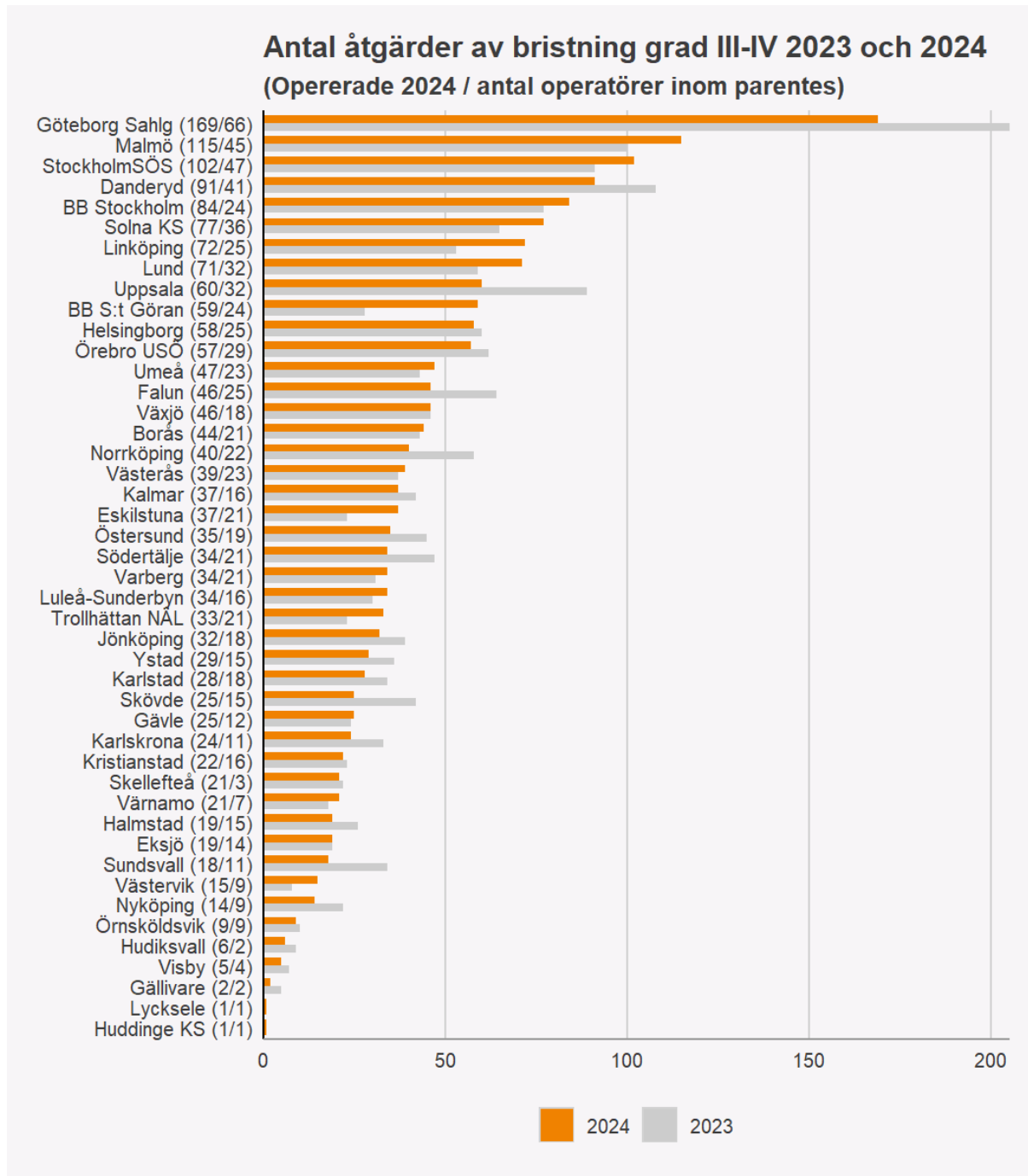
Täckningsgraden beräknas som antalet registrerade operationer i GynOp dividerat med det totala antalet registrerade operationer som återfinns i GynOp eller Patientregistret. Täckningsgraden beräknas som en procentandel enligt formeln:

$$\frac{\text{Matchar patientregistret} + \text{Endast GynOp}}{\text{Matchar patientregistret} + \text{Endast GynOp} + \text{Endast patientregistret}}$$

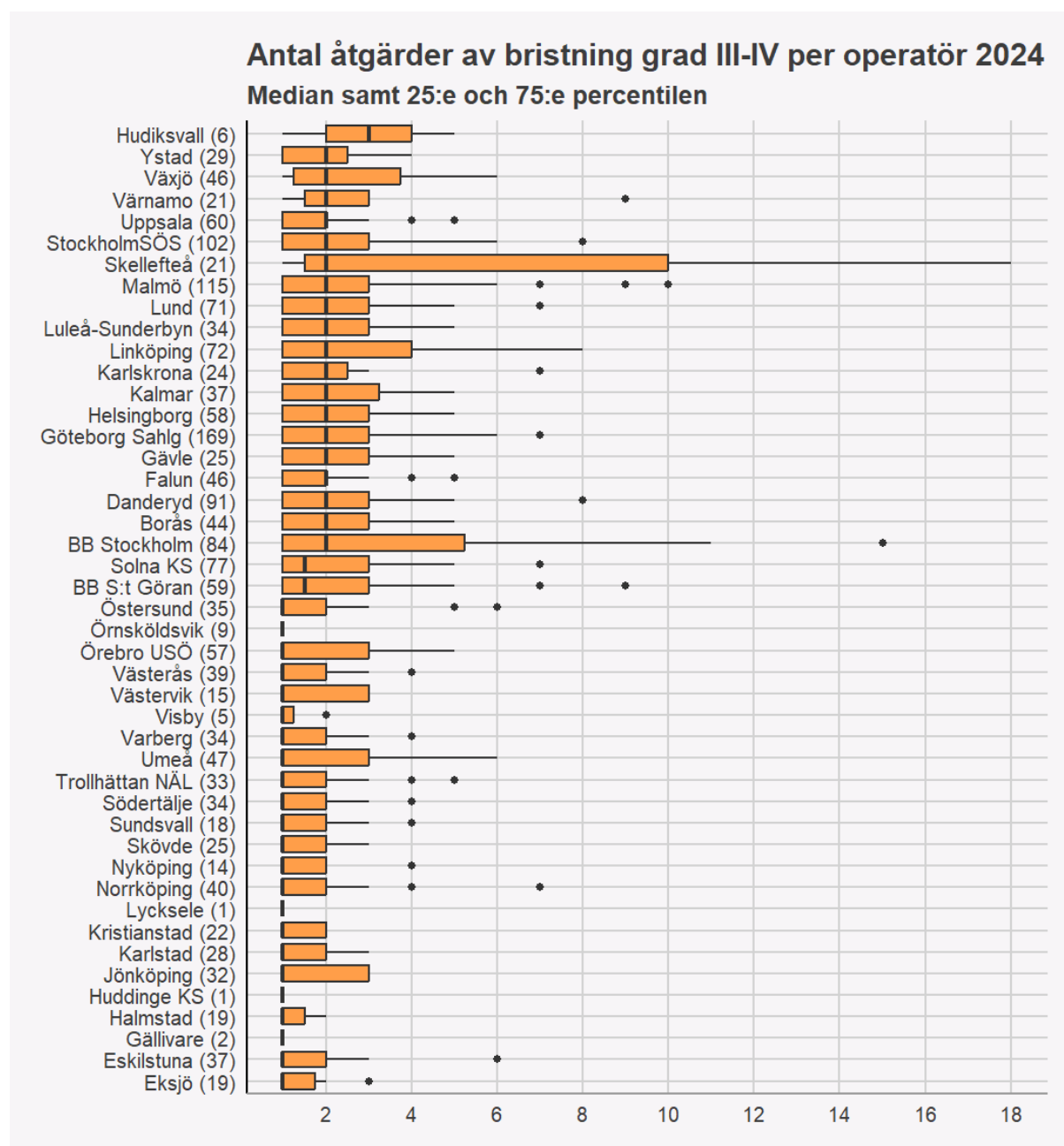
Matchar patientregistret + Endast GynOp + Endast patientregistret

Diagnostik och operation

Antal operationer av bristningar grad 3 och 4



Figur 4. Antal registrerade åtgärder av bristning grad 3–4 år 2023 och 2024.



Figur 5. Antal registrerade åtgärder av bristning grad 3–4 per operatör år 2024. Siffran inom parentes är antalet registrerade operationer under året på respektive klinik.

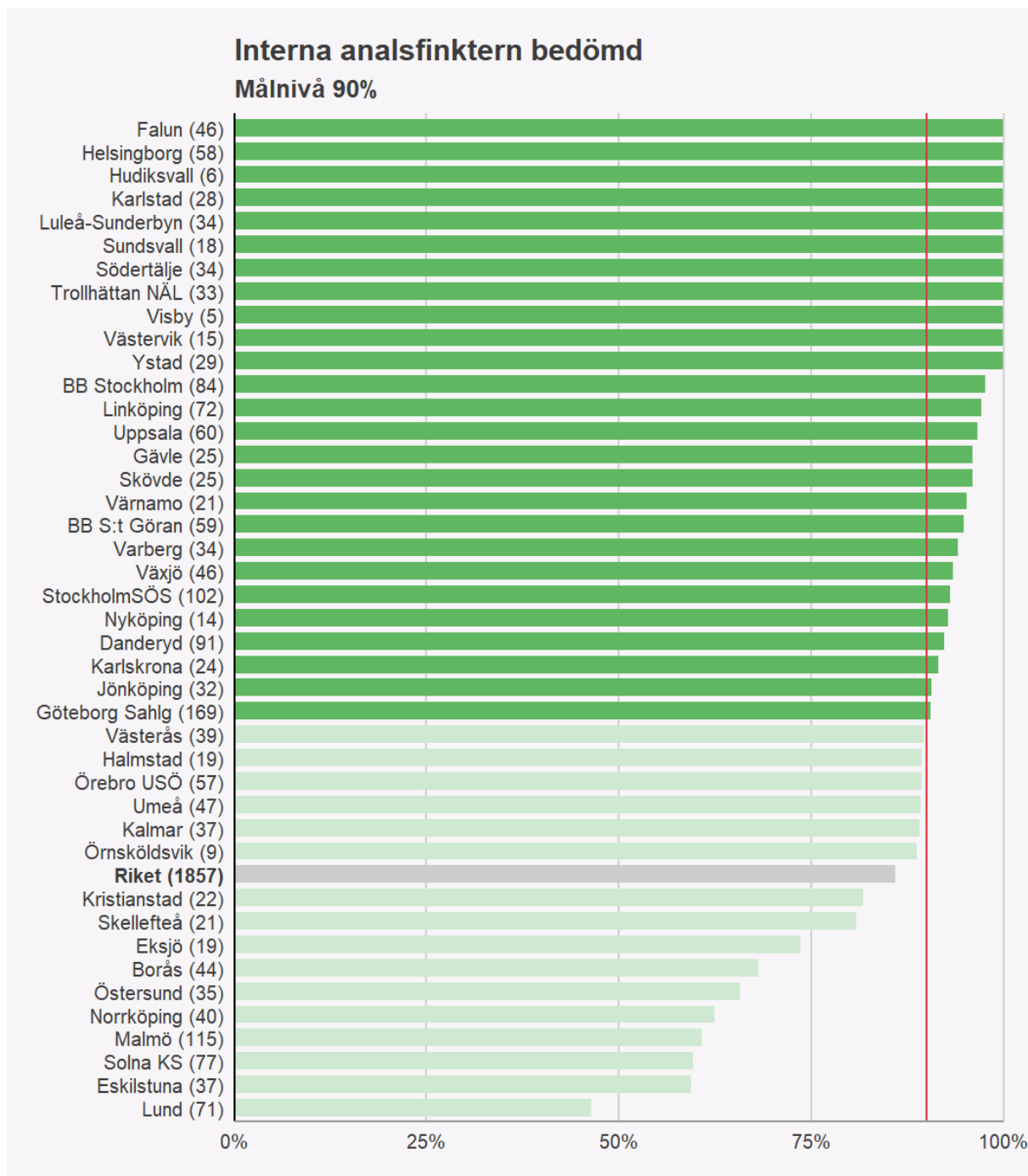
I figur 4 och 5 ovan visas antalet registrerade sfinkterskador per sjukhus samt hur många olika operatörer som utfört operationerna. Inom kirurgi i allmänhet anses att övning ger färdighet, att operatören blir skickligare ju fler ingrepp den gör. Vad gäller suturering av sfinkterskador gör varje operatör i genomsnitt ett till två ingrepp per år. Det är ganska få, och förklaras av att ingreppet ofta görs på jourtid. Ett sätt att upprätthålla kompetensen är att eftersträva att sfinkterskador sys av två operatörer. Det går att avvaka med att reparera skadan om rätt kompetens inte finns tillhanda på jourtid. På många ställen tränas även suturering i olika modeller eller simuleringar för att hjälpas åt att upprätthålla kompetens.

Diagnostik

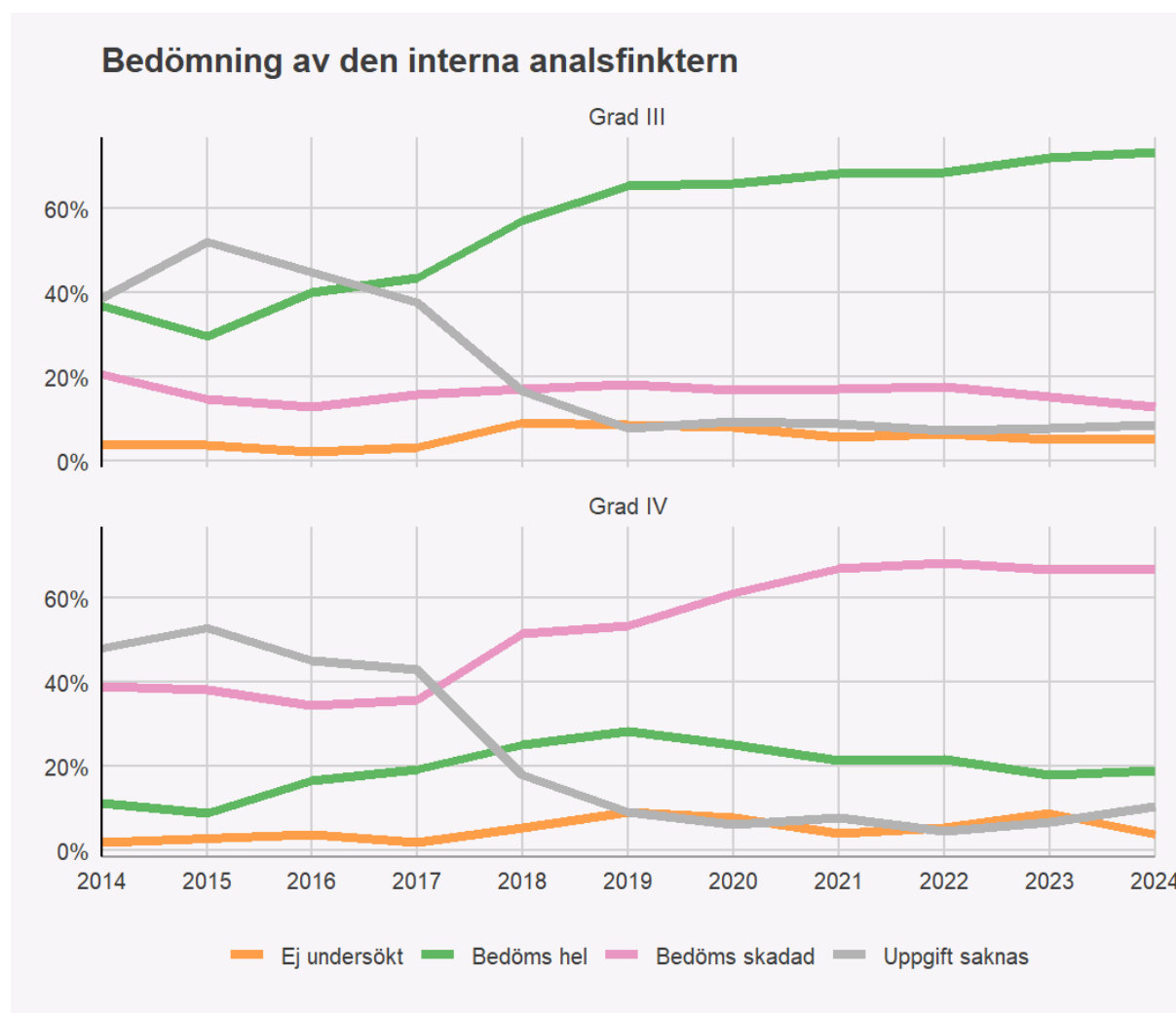
En av svårigheterna med statistik av bristningar är olika lokala traditioner inom diagnostik. Att bedöma både externa och interna sfinktern vid en större förlossningsbristning är en utgångspunkt för fullgod diagnostik, liksom omfattningen av skadan på den externa sfinktern, som delas in i partiell och total. Interna sfinktern, som framför allt står för en stor del av den passiva analkontinensen, ses lättast i samband med att den primära bristningen undersöks. Om den visar sig vara skadad bör den åtgärdas direkt postpartum.

En kompletterande bedömning av interna analsfinktern kan göras visuellt eller med ultraljud.

Registerdata visar att bedömningen av interna sfinktern huvudsakligen görs visuellt, bedömning med ultraljud har registrerats i 4,6% (74) av fallen.



Figur 6. Interna analsfinktern bedömd. Målvärdet - att både interna och externa sfinktern ska vara bedömd hos 90% av kvinnor med sfinkterskada- uppnås vid 26 av landets 42 kliniker.



Figur 7. Bedömning av den interna analsfinktern, utveckling under senaste 11 åren för riket.

Vid granskning över tid om huruvida interna sfinktern är bedömd vid bristning grad 3–4 ses en tydlig förbättring i och med att andelen "uppgift saknas" sjunkit sedan Bäckebottenutbildning startade år 2017.

Per definition är den interna sfinktern skadad vid bristning grad 4 och kan då inte vara hel. För att definieras som en bristning grad 4 ska analslemhinnan, dvs ovanför linea dentata vara skadad. Möjligen beror fördelningen i tabellen på att den som undersökt/registrerat tolkat på en sfinkterskada med en ytlig hudskada i anus fram till linea dentata (övergången mellan hud och analslemhinna) som en bristning grad 4.

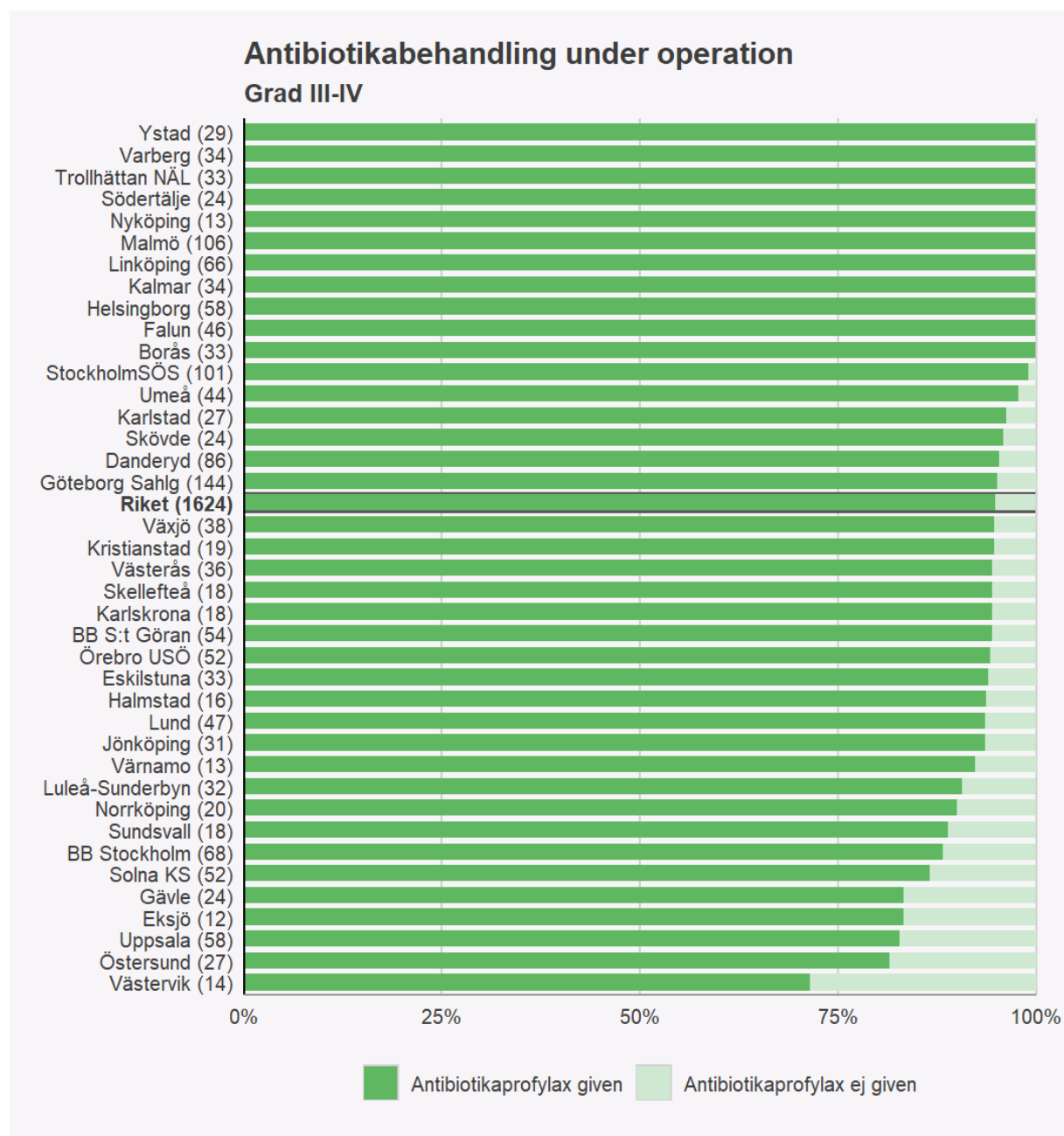
En repetition av klassifikationen finns här:

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

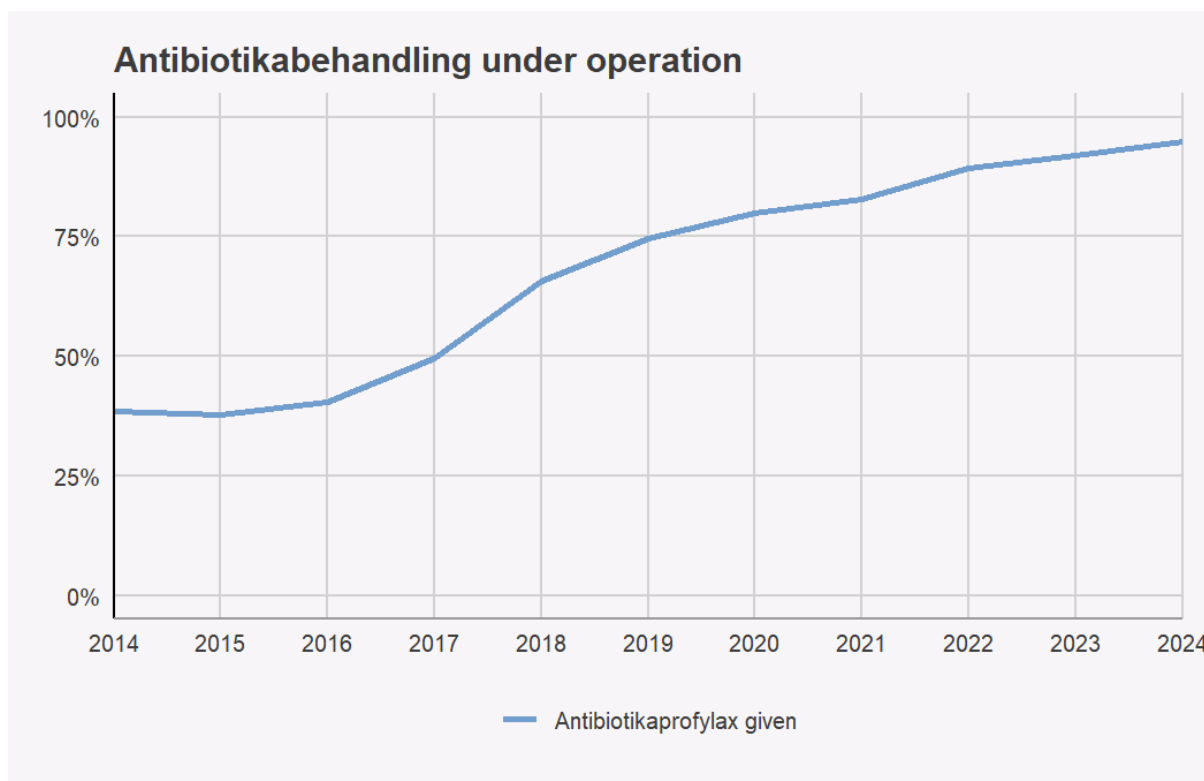
Suturering

Medelvärde av antal suturer som sätts i den externa sfinktern är 2,61 för grad 3 respektive 2,81 för grad 4. Suturering med end-to-end-teknik är vanligast med 91,6%, medan överlappande sutur i sfinktern användes i 8,4%. Uppgift angående hur externa sfinktern adapterats saknades för 172 patienter.

Antibiotikabehandling



Figur 8. Antibiotikabehandling under operation, bristning grad 3 och 4.



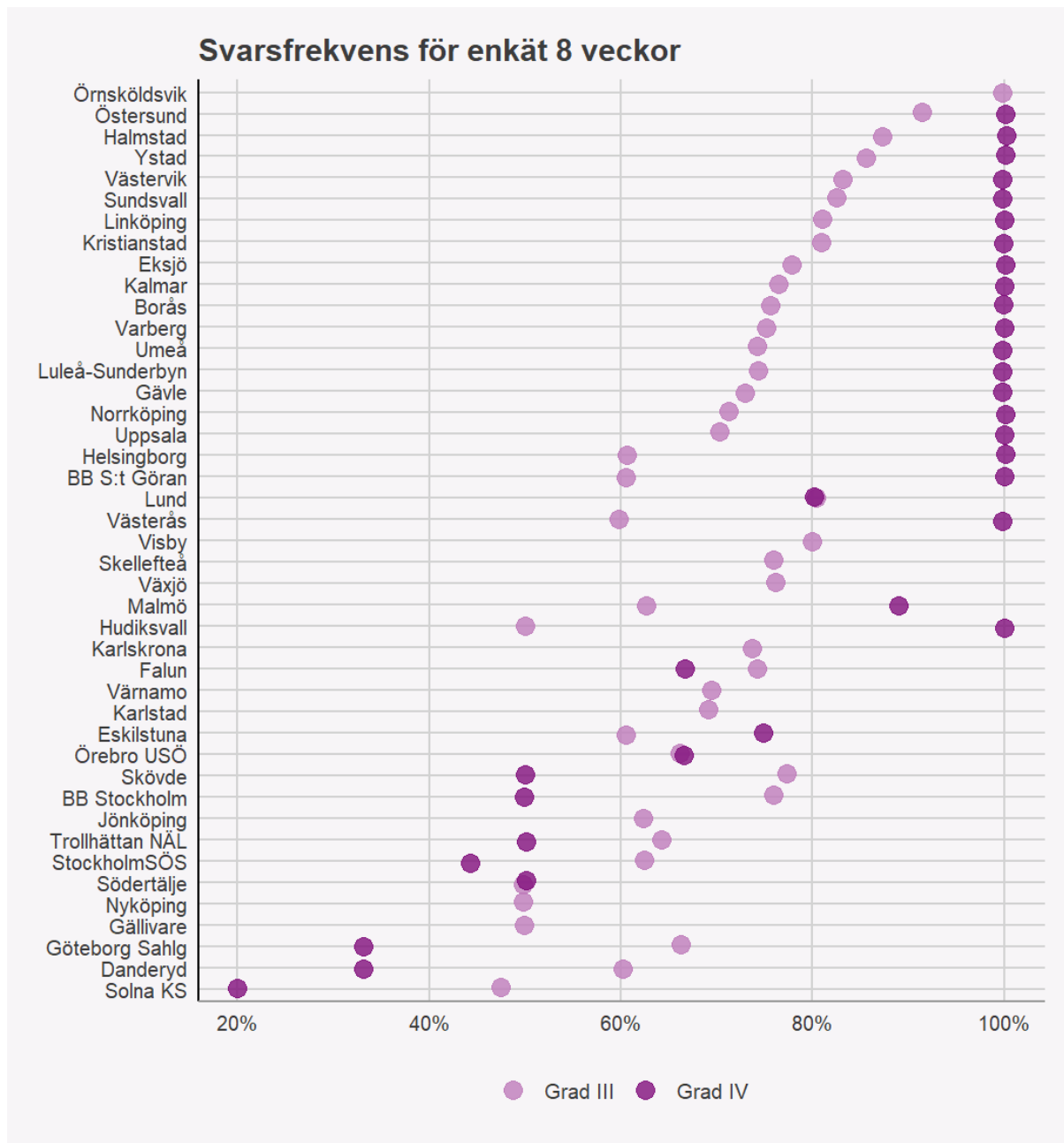
Figur 9. Antibiotikabehandling under operation över tid mellan år 2014 och 2024.

Allt fler kliniker använder och registrerar att de gett antibiotika i samband med suturering av större förlossningsbristning vilket är i enlighet med rekommendationerna.

Data från enkäter avseende komplikationer och operationsresultat

Resultat från 8-veckorsenkäten

Svarsfrekvens för enkät 8 veckor postoperativt



Figur 10. Svarsfrekvens för postoperativ enkät 8 veckor efter bristningen. Sedan fler år ses tendensen att patienter med bristning av grad 4 besvarar enkäten i mycket hög utsträckning.

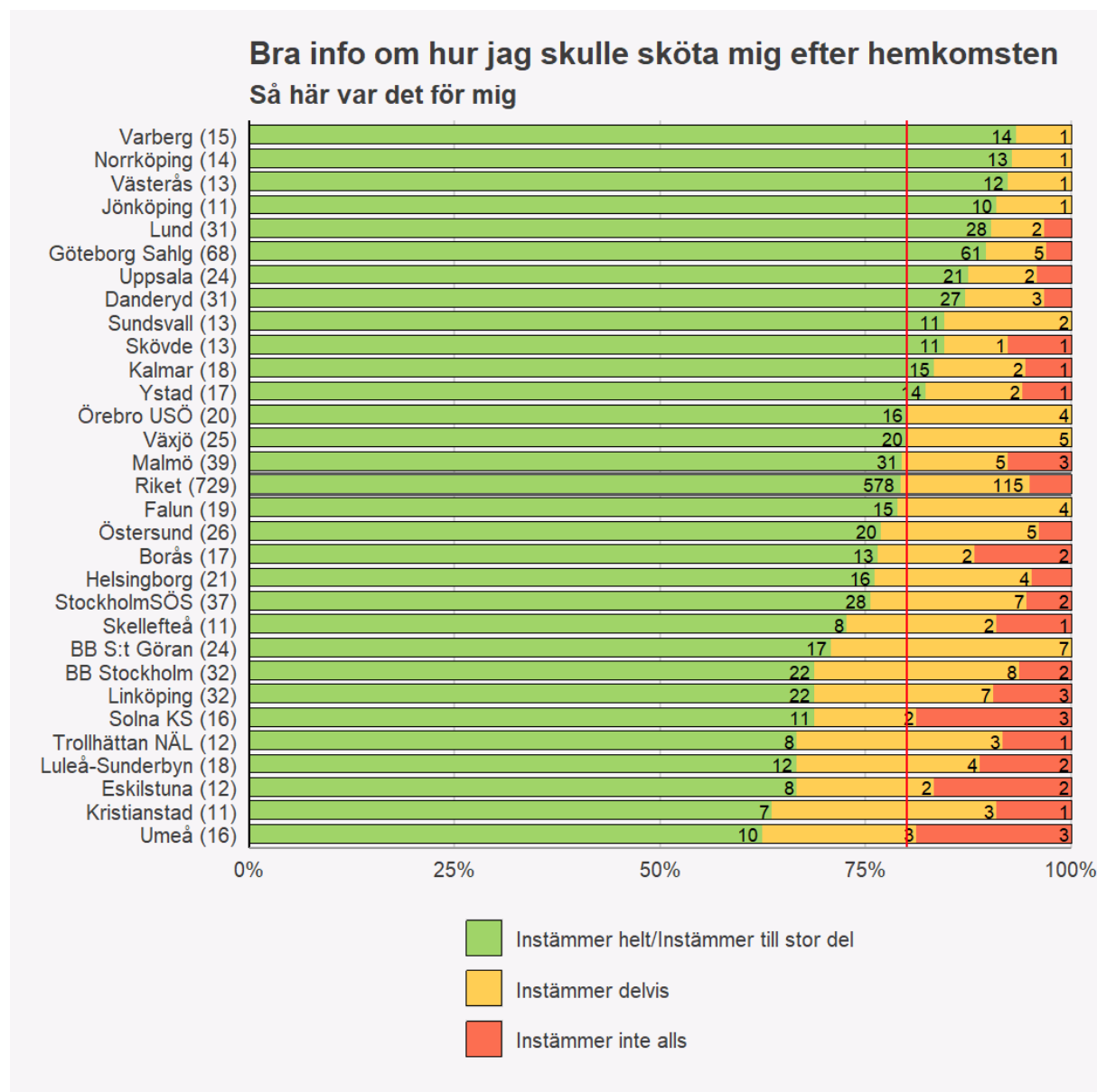
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv

Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

En patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben får efter ordinarie enkät en fråga om hon kan tänka sig att delta i en studie och svara på frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera. KUPP låter patienten svara på varje fråga i två steg.

Först skattar patienten vårdupplevelsen: "Så här var det för mig". Detta kallas upplevd respons. Sedan gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning.

I årsrapporterna visas påståendet "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".



Figur 11. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig

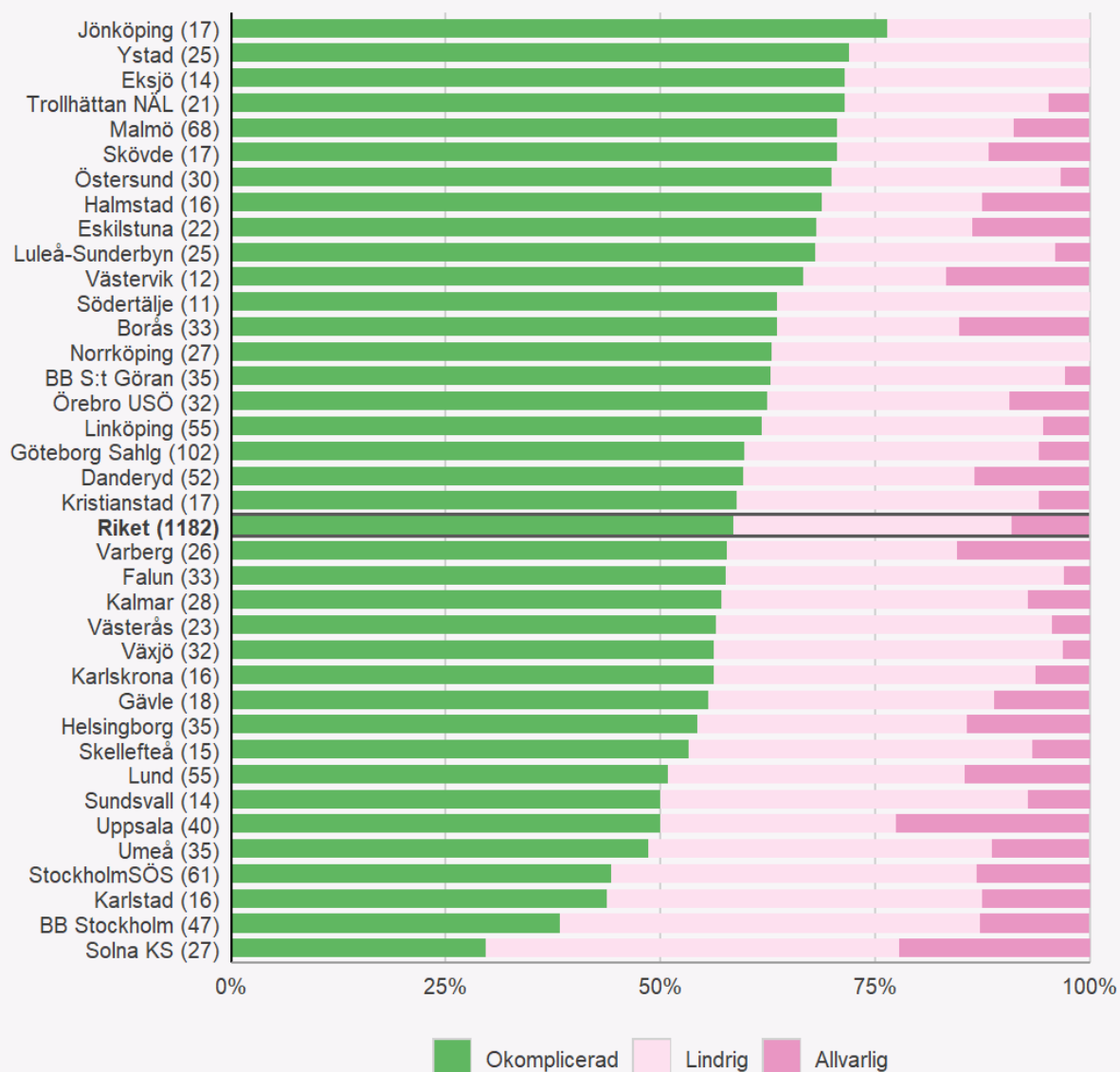
För att patienterna ska få en liknande information över landet finns en skriftlig nationell patientinformation på Bäckebottenutbildning, översatt till 11 språk. Länk till patientinformationerna:

<https://backebottenutbildning.se/index.php/metodik/patientinformation>

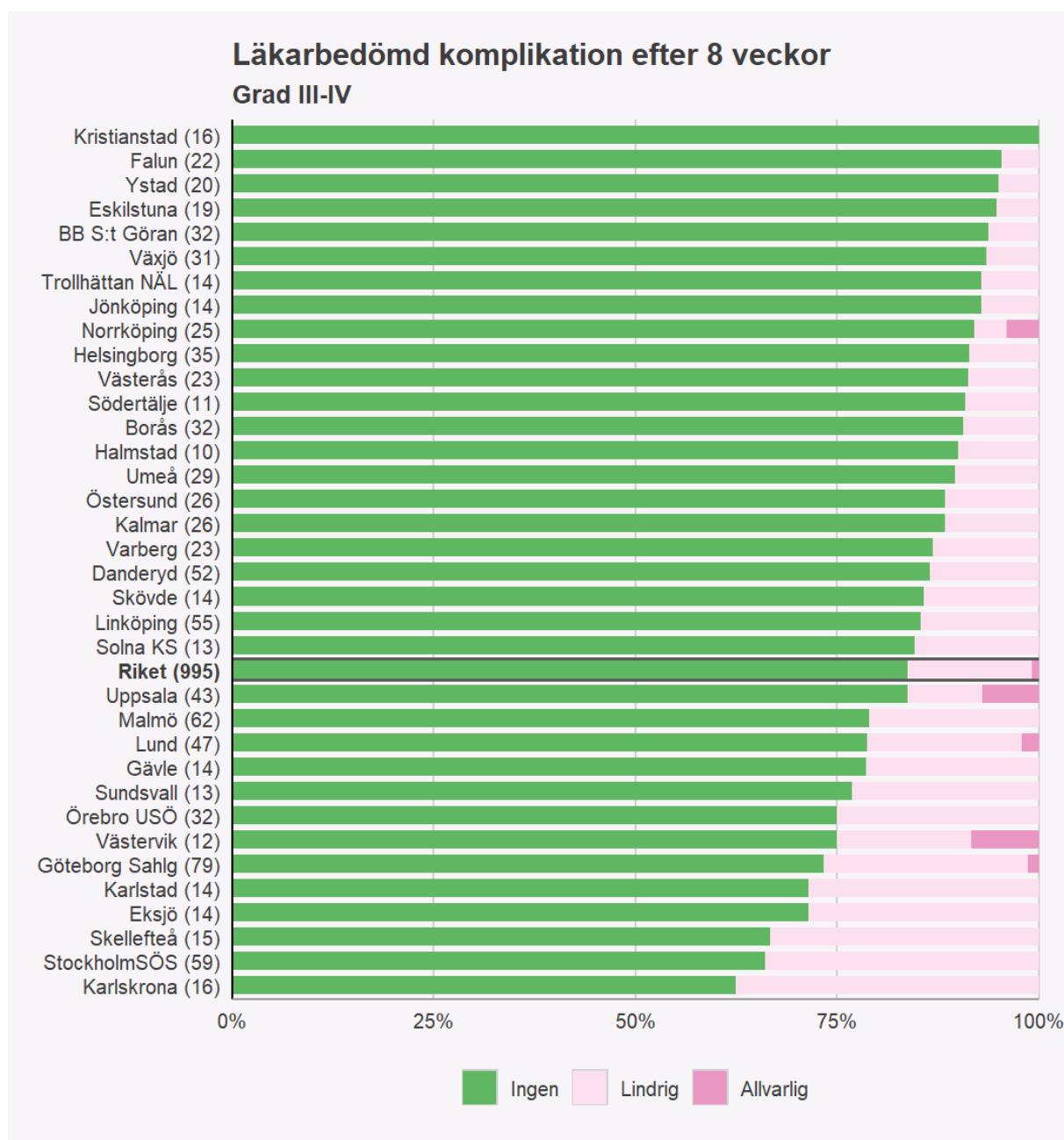
Den svenska patientinformationen följer även med i utskicket av den första Bristningsregisterenkäten, som på många kliniker ges ut redan på BB. Den skriftliga informationen rekommenderas att kompletteras med ett individuellt informationssamtal postpartum med möjlighet att ställa specifika frågor och illustrera bristningens omfattning.

Fördelning av patientrapporterat besvär efter 8v

Grad III-IV



Figur 12. Fördelning av patientrapporterat besvär efter 8 veckor.



Figur 13. Läkarbedömd komplikation efter 8 veckor.

I enkäten 8 veckor efter operation efterfrågas och visar sig framför allt komplikationer till operationen. Den ifyllda patientenkäten bedöms av den vårdpersonal som opererat, och möjlighet till återkoppling finns, beroende på vad kvinnan efterfrågar och klinikens rutiner.

Komplikationsregistreringen bygger på att operatören bedömer om det förelegat någon per-eller postoperativ komplikation och registrerat komplikationen i GynOp.

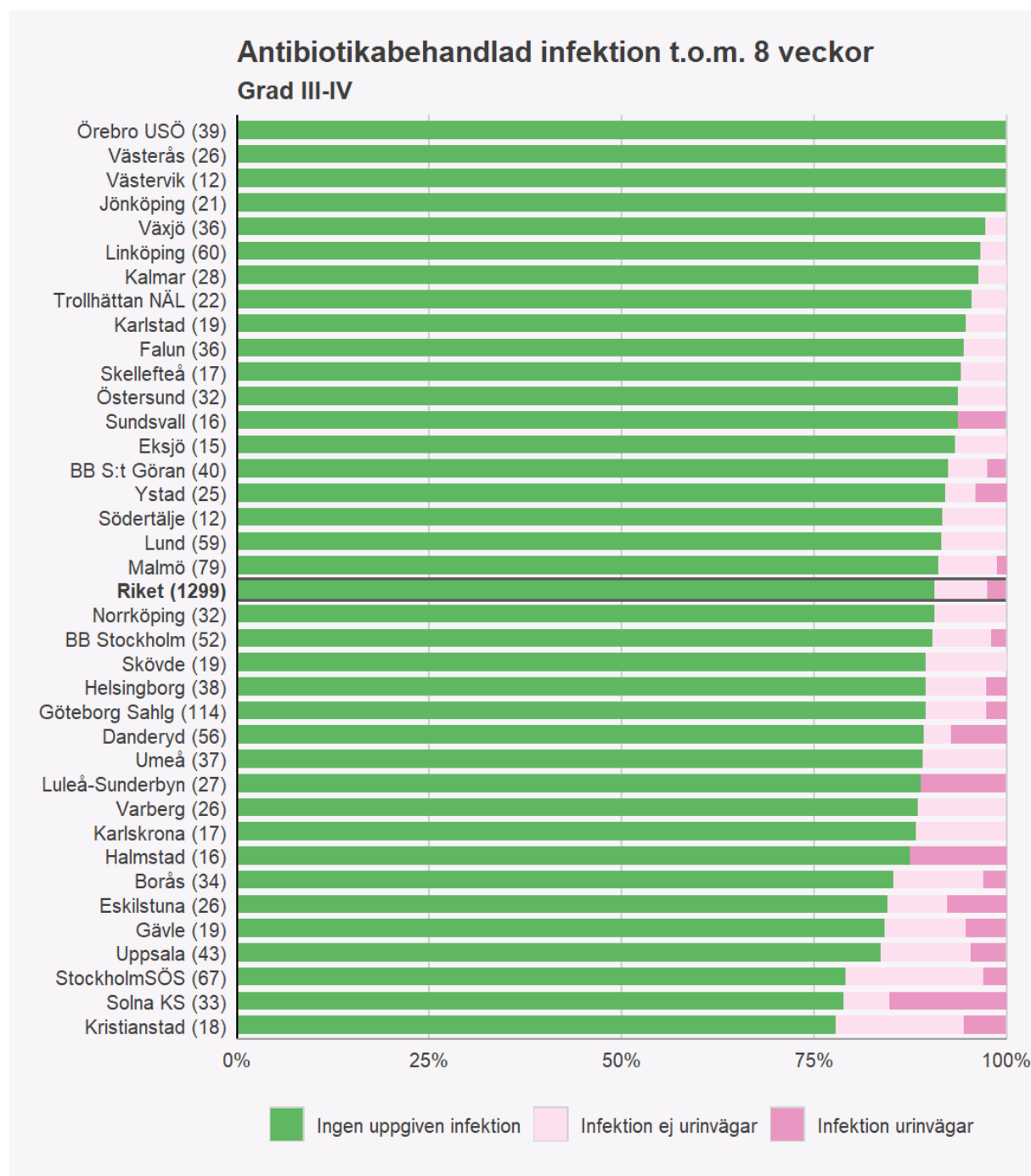
Här kan ibland en skillnad avseende bedömningen av besvären och huruvida det är en komplikation uppstå. En bristning kan ju anses vara antingen ett till viss del förväntat förlopp eller en komplikation till en förlossning, och det som kan vara ett påtagligt besvär efter en bristning behöver inte definieras som komplikation. Genomgående i GynOps delregister skattar patienterna att det varit ett oförväntat postoperativt förlopp ungefär dubbelt så ofta som klinikerna själva uppger samma sak. Det viktiga är att kvinnor som har mycket besvär har möjlighet till en bedömning av dessa, och att det finns struktur i vägarna in i vården efter en förlossning.

I GynOp används klassificeringssystemet Clavien-Dindo för att mäta patientpåverkan av en komplikation. Detta rapporteras av operatören vid bedömning av komplikationen och graderas mellan 1 och 5. Denna benämning kan orsaka förvirring just i komplikationsbedömning av bristningar, där bristningarna också graderas med liknande benämningar.

Clavien-Dindo grad 1 är en bedömning att postoperativa förloppet inte varit helt normalt, men inte krävt några större åtgärder. Grad 2 innebär att medicinsk behandling behövts. Grad 3a innebär reoperation i lokalbedövning och grad 3b reoperation i narkos. Grad 4 innebär medicinsk vård på intensivavdelning och grad 5 död. I Bristningsregistret för år 2024 fanns inga komplikationer över grad 3b.

Tabell 1. Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor. "Andel i pop." innebär andel i hela populationen kvinnor med bristning grad 3–4 med respektive Clavien-Dindo-gradering inklusive de utan bedömd komplikation.

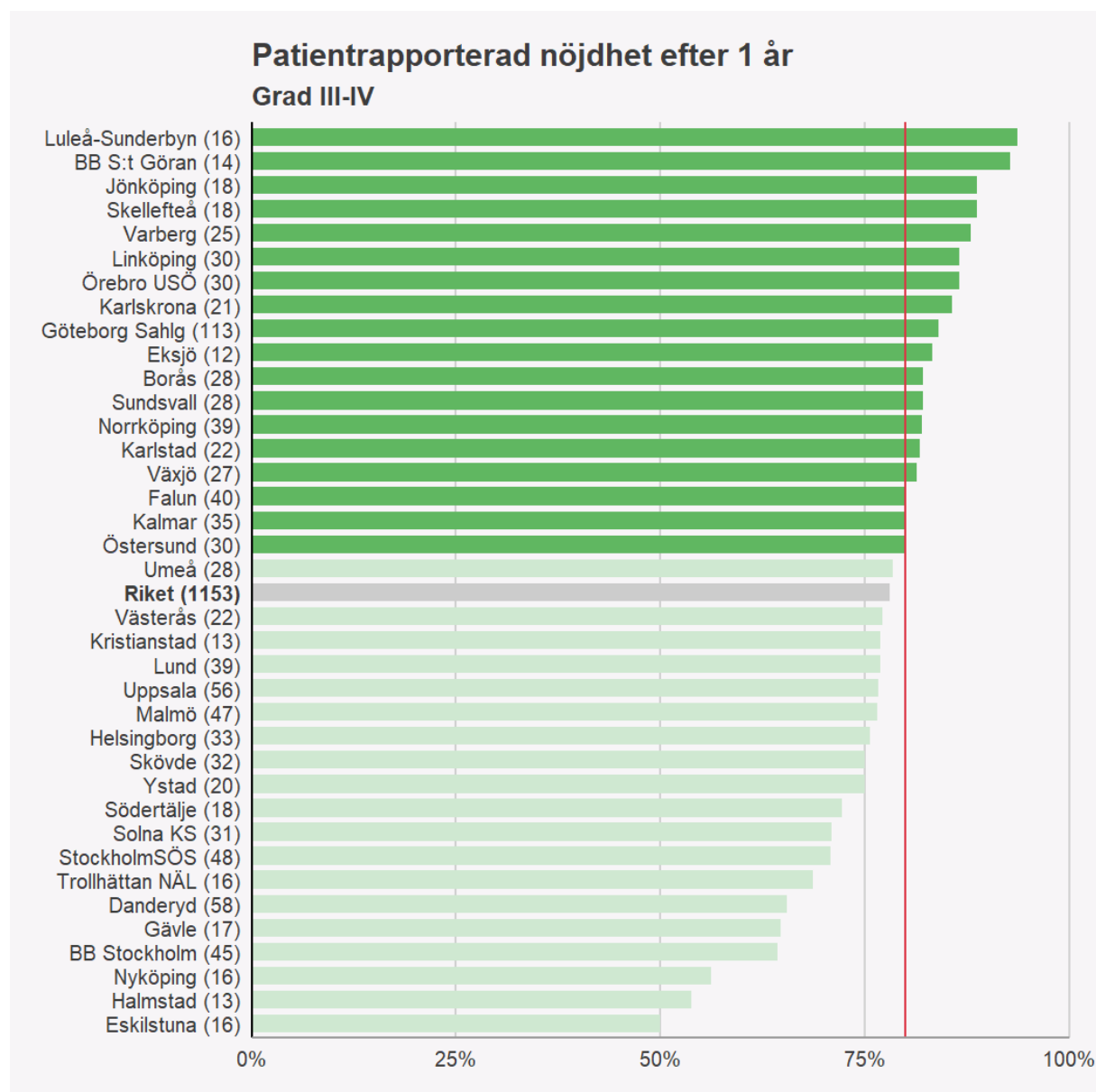
Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i pop.
Grad 1	113	161	70.2%	10.1%
Grad 2	34	161	21.1%	3.1%
Grad 3a	6	161	3.7%	0.5%
Grad 3b	5	161	3.1%	0.4%
Uppgift saknas	3	161	1.9%	85.8%



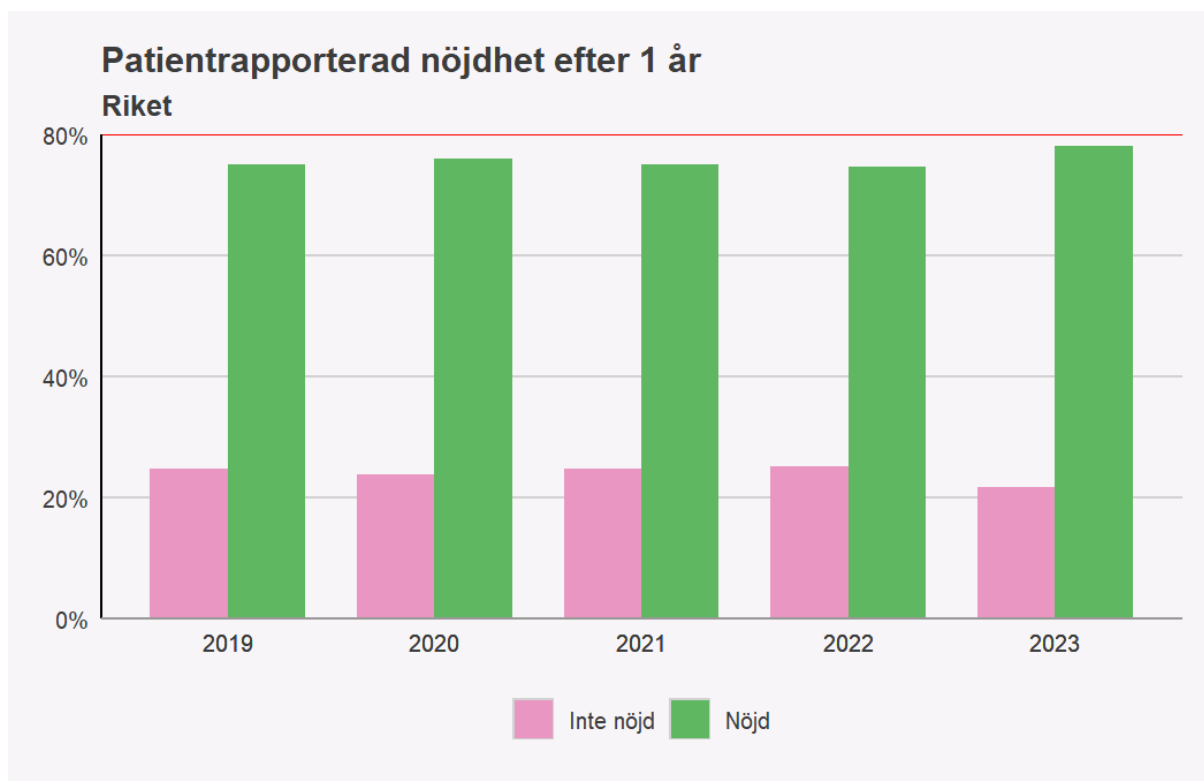
Figur 14. Antibiotikabehandlad infektion t.o.m. 8 veckor vid bristning grad 3–4.

Uppföljning efter 1 år - operationsresultat

Data avser ettårsuppföljning för de som opererades år 2023, där 1 880 kvinnor har svarat på enkäten.

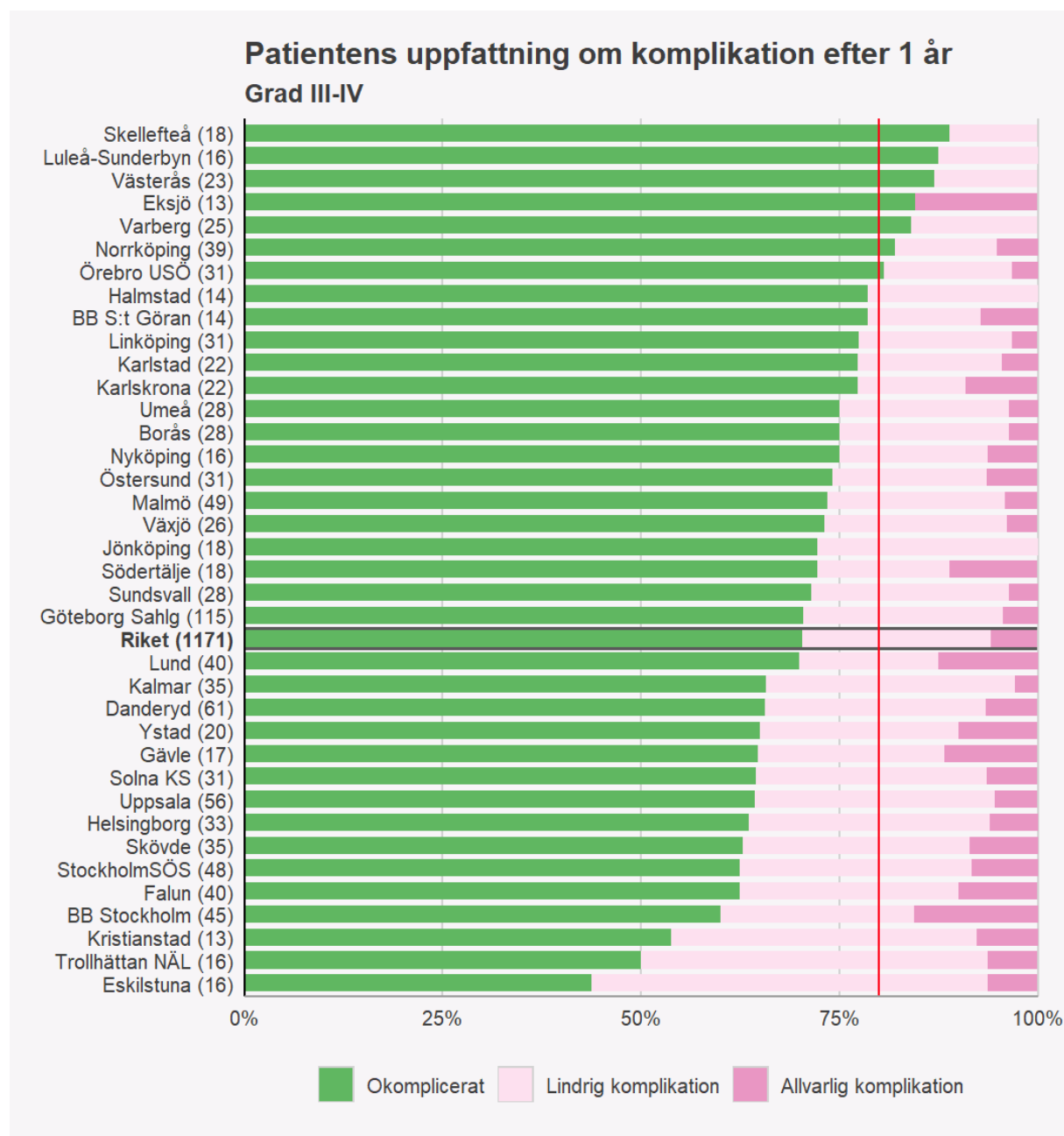


Figur 15. Andel kvinnor som uppger sig vara nöjd ett år efter bristning grad 3 och 4. Målvärdet är 80%, rikets värde ligger på 78%.

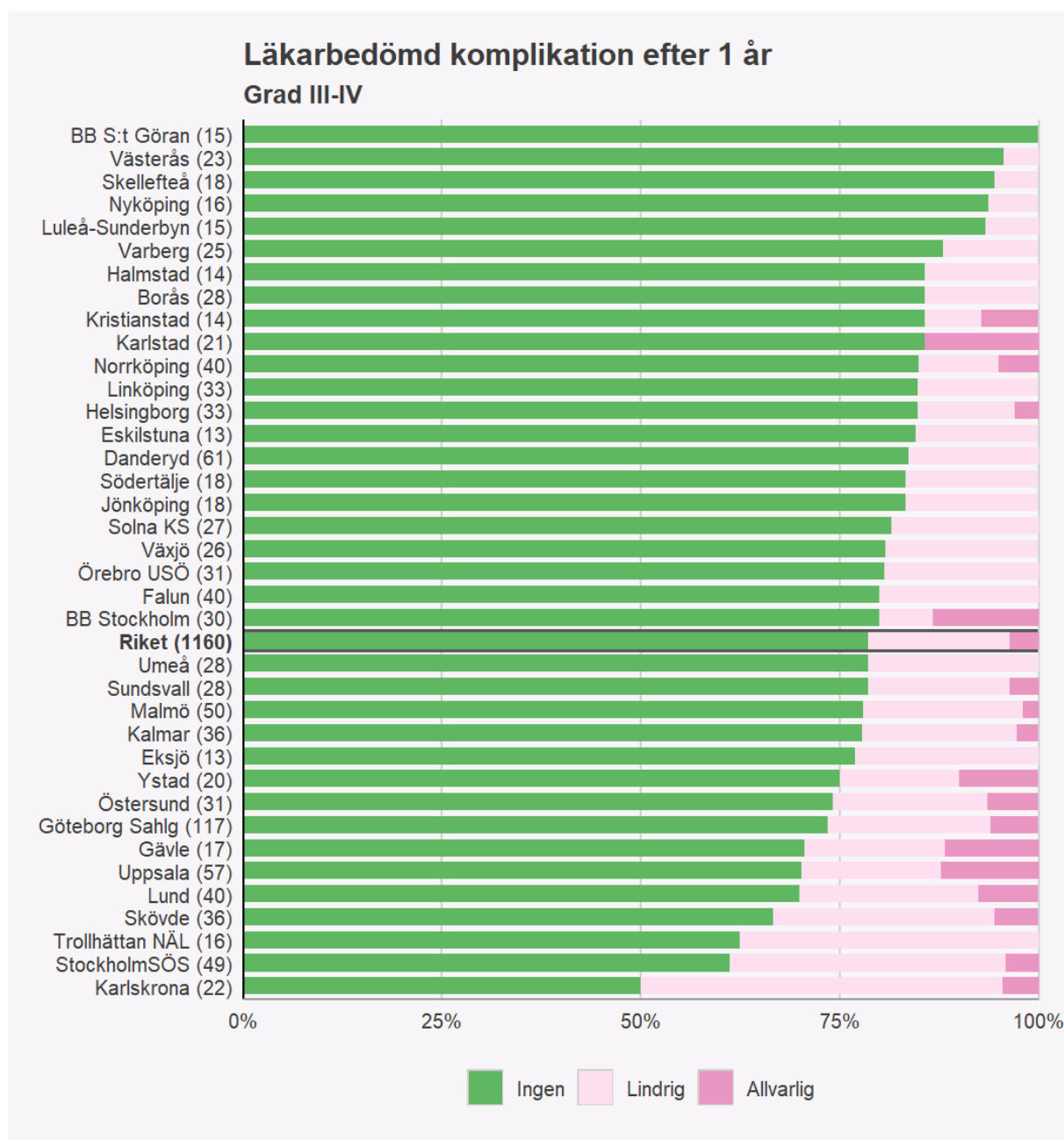


Figur 16. Andel kvinnor som uppger sig vara nöja ett år efter bristning grad 3 och 4. Målvärde 80%. Andelen kvinnor som upplever att de är nöjda med operationsresultatet efter ett år ligger stabilt kring 75%.

Komplikationer

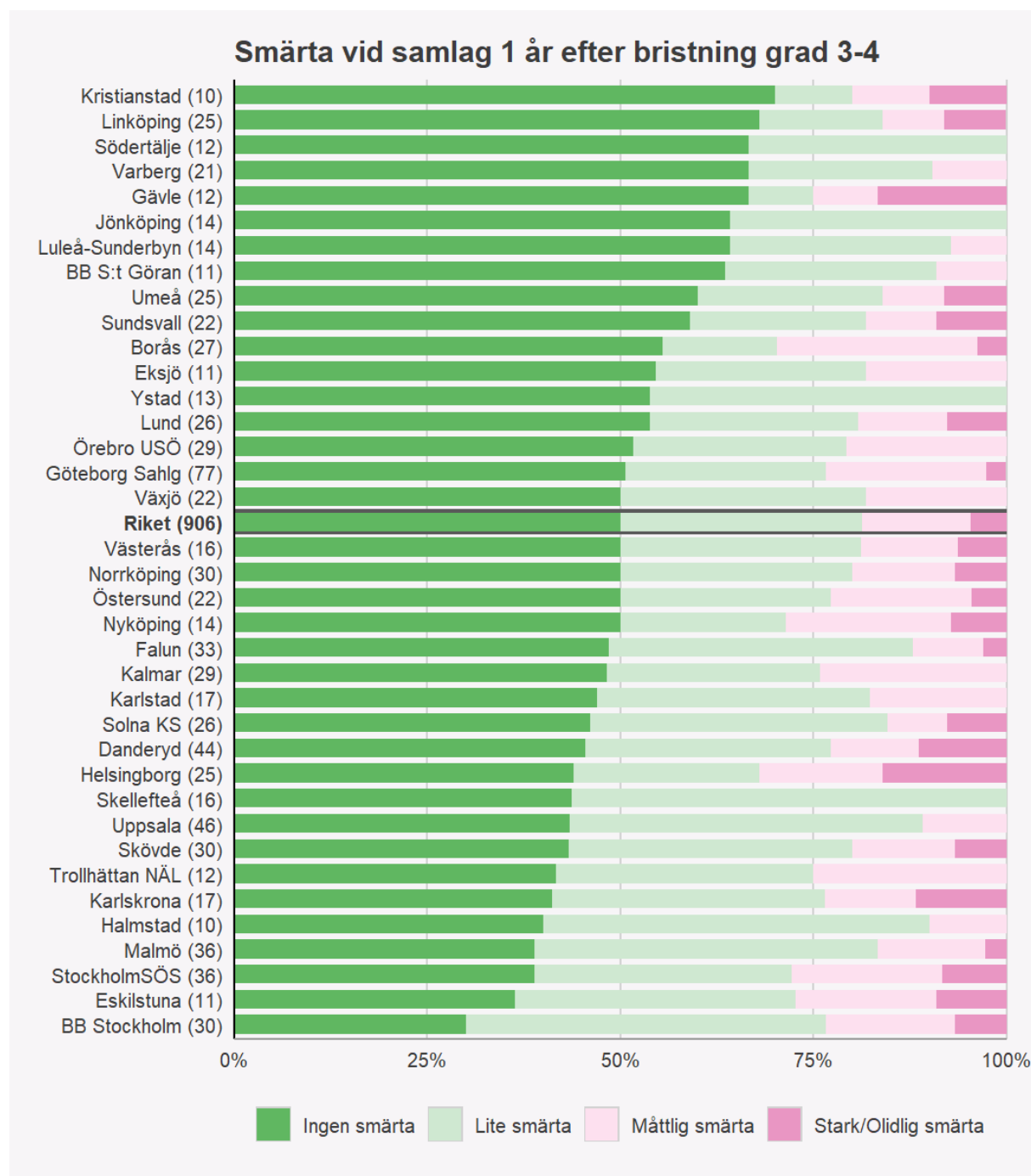


Figur 17. Patientens uppfattning om komplikation efter 1 år. Målvärde är att 80% av kvinnorna ska ha haft ett okomplicerat förlopp.



Figur 18. Läkarbedömd komplikation efter 1 år

Patienten har även haft möjlighet att i enkäten med fritext beskriva vilken form av komplikation hon fått. Det är stor spridning i detta material, utan att se några tydliga mönster i form av komplikation. Komplikationsrapporten är dock av stort värde i det enskilda fallet med de unika möjligheter till direktuppföljning av kvinnans besvär som finns när vården har låg tillgänglighet eller när det råder osäkerhet vart patienten ska vända sig. Det är också värdefullt för den som suturerat bristningen för möjlighet till uppföljning.



Figur 19. Smärta vid samlag 1 år efter bristning grad 3–4.

Förekomsten av dyspareuni efter större förlossningsbristning är inte ringa, och skiljer sig över landet. Samlagssmärta före graviditeten innebär inte oväntat en ökad risk att fortsätta ha samlagssmärta även efter barnafödandet och det kanske ska innebära ett mer preventivt omhändertagande postpartum med ökad beredskap till exempel i form av hög tillgänglighet för fysioterapeutkontakt.

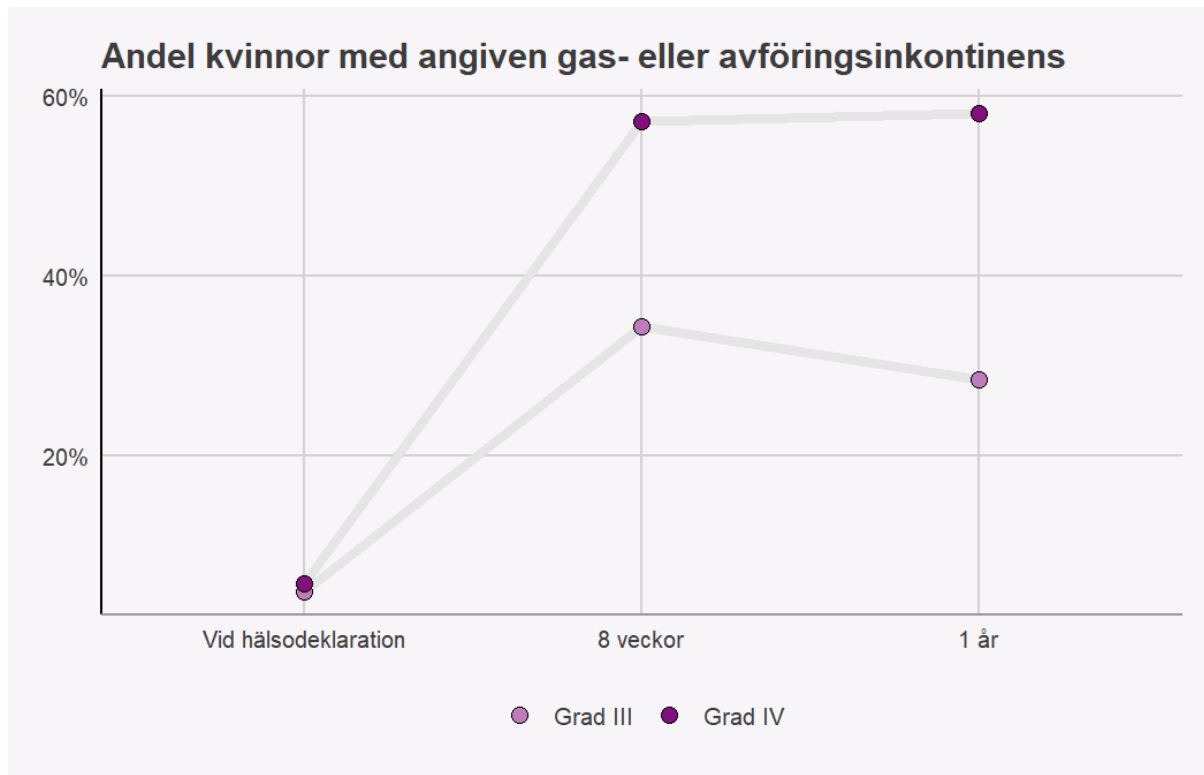
Urinläckage

Urinläckage en gång i veckan eller oftare rapporteras av 1,5% före graviditeten och 17,4% av kvinnorna 8 veckor efter förlossningen.

Gas- och avföringsläckage (Wexner score)

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

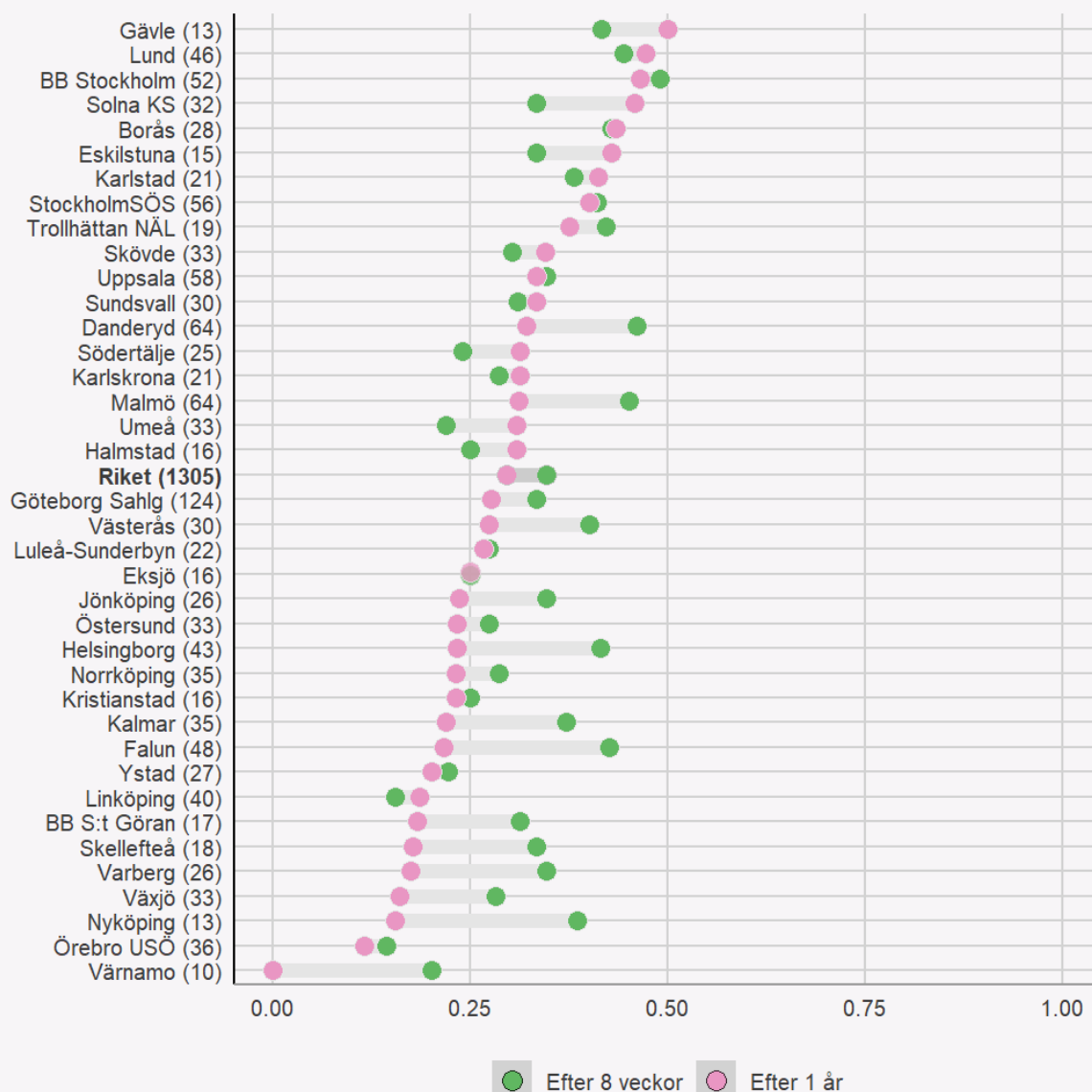
Om en patient svarar att hon har svårt att hålla avföring eller gaser får hon svara på fem tillägsfrågor som utgör grunden för Wexner-score. I tabellen nedan visas kvinnor med gas- eller avföringsinkontinens mer än 1 gång per vecka.



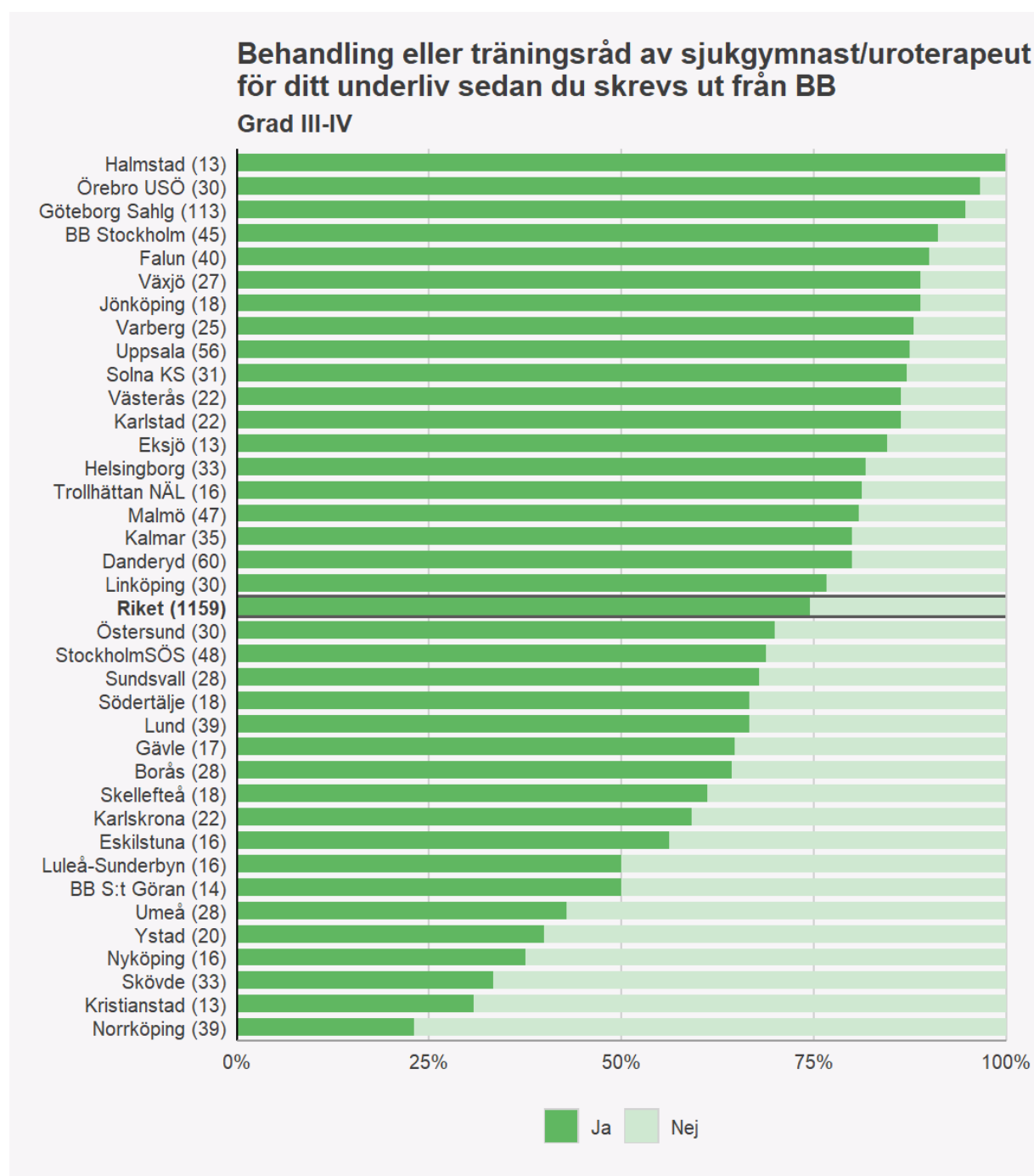
Figur 20. Andel kvinnor med angiven gas- eller avföringsinkontinens. Figuren baseras på kvinnor opererade för förlossningsbristning år 2023.

Andel kvinnor som svarat ja på frågan om de har problem med avföring/gas 8v och 1 år efter förlossningsbristning

Grad III/IV



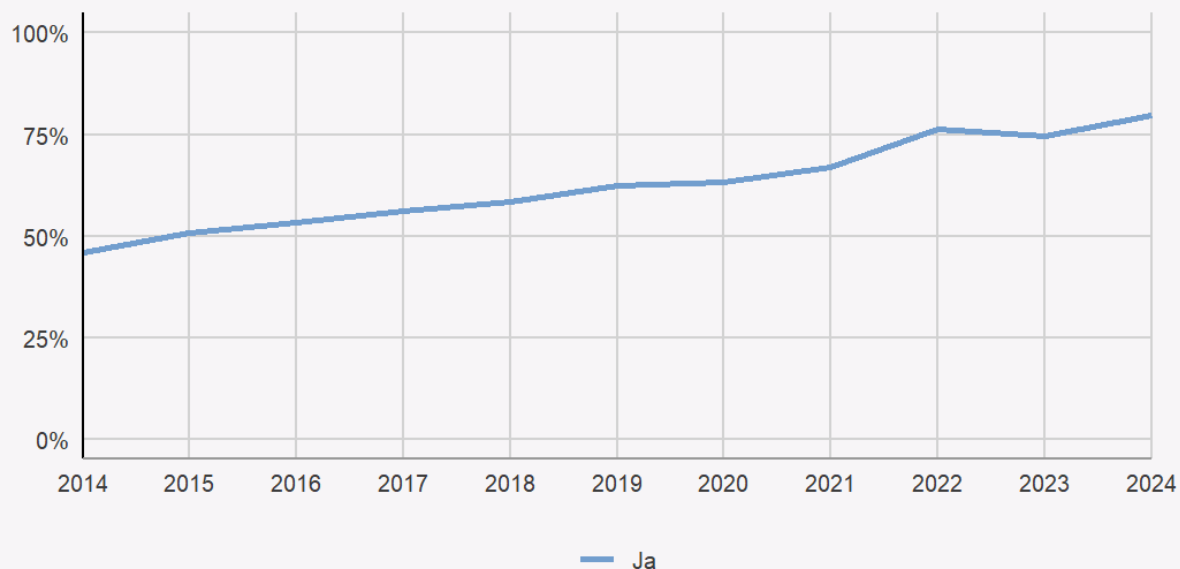
Figur 21. Andel kvinnor som svarat ja på frågan om de har problem med avföring/gas 8v och 1 år efter förlossningsbristning. Figuren baseras på kvinnor opererade för förlossnings-bristning år 2023. Första siffran inom parentes är antal patienter som svarat på frågan om anal-inkontinens efter 8 veckor och den andra siffran är antalet som svarat på samma fråga efter 1 år. Endast de patienter som svarat både på frågan efter 8 veckor och 1 år är inkluderade i figuren.



Figur 22. Behandling eller träningsråd av sjukgymnast/uroterapeut för ditt underliv sedan du skrevs ut från BB, bristning grad 3–4.

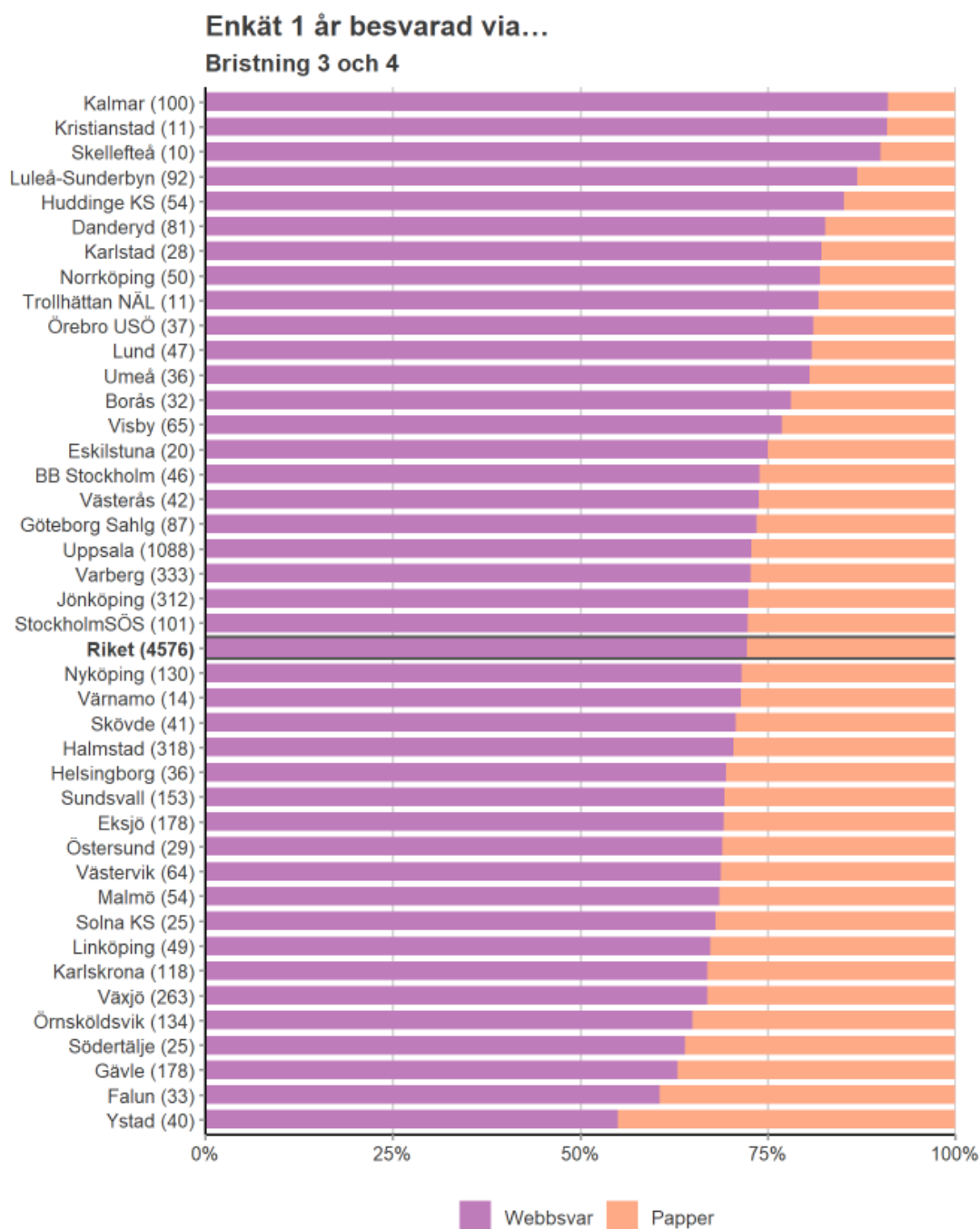
Andel behandling eller träningsråd av sjukgymnast/uroterapeut för ditt underliv sedan du skrevs ut från BB i riket

Grad III-IV de senaste 10 åren



Figur 23. Andel behandling eller träningsråd av sjukgymnast/uroterapeut för ditt underliv sedan du skrevs ut från BB i riket.

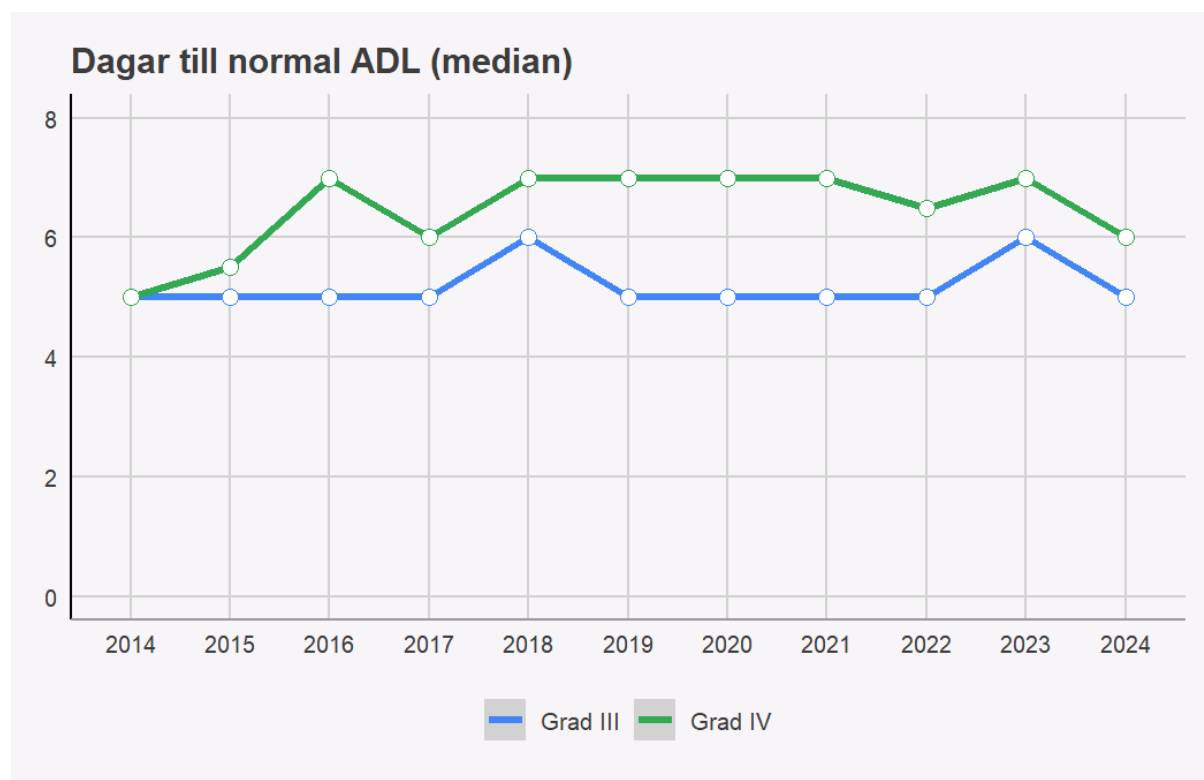
Här skiljer sig praxis och tillgång på fysioterapeuter knutna till kliniken åt mellan olika delar av Sverige, men generellt är tendensen stigande över Sverige sedan Bristningsregistret startade. Utvecklingen med fler specialistutbildade fysioterapeuter kan ha bidragit till mer multidisciplinärt omhändertagande efter större förlossningsbristningar.



Figur 24. Hur 1-årsenkäten skickas in – digitalt eller på papper. (GynOps Kvalitetsrapport för år 2022).

När patienten inte besvarat sin enkät får hon påminnelser, initialt digitalt men i sista hand i pappersform. Här skiljer det sig åt i landet hur mycket papper vi behöver använda. Det är en avvägning att upprätthålla svarsfrekvensen, men samtidigt minska på den arbetsbelastning pappersenkäterna innebär, samt ekonomi och miljömässig påverkan. Här finns många olika lokala lösningar och vi kan hjälpas åt att förbättra indatakvaliteten och samtidigt avlasta både miljö och arbetsmiljö.

Årets tema - Tid till normal daglig funktion



Figur 25. Dagar till normal ADL (median) uppdelat på grad av bristning, grad 3–4.

Mediantid för när patienten uppger återgång till normal daglig aktivitet ligger runt 5 dagar för bristning av grad 3 och en dag till för grad 4, och har legat stabilt så sedan mätningarna började. Det är intressant att jämföra detta med återhämtningstiden efter en prolapsoperation, som är 3 dagar samt att mediantiden ligger inom de tio dagar partnern inom svensk sjukförsäkring får vara hemma efter barns födelse.

Att diskutera dessa återhämtningstider med kvinnan innan hemgång från BB är viktigt för att ge henne realistiska förväntningar och förbereda henne på den postoperativa perioden. Genom att informera om den förväntade återhämtningstiden kan vårdgivaren hjälpa kvinnan att planera sin återgång till normala aktiviteter och säkerställa att hon får den stöd och vård hon behöver under denna tid.

Tack

Det kommer ständigt många frågor från er användare av Bristningsregistret, hur det kan användas och vilka data vi kan få fram. Under året har vi exempelvis fått flera frågor om det går att se hur många som varit på rummet vid förlossningen. Detta dokumenteras inte i registret, men det vore ett intressant tillägg. Vi kommer under kommande åren successivt byta plattform för hela GynOp, och kommer i samband med det göra en översyn av samtliga frågor i registret. Så fortsatt tycka till, och höra av er!

Vi vill framföra vårt tack till alla kvinnor och vårdpersonal av alla yrkeskategorier som bidragit med data till GynOp- och Bristningsregistret. Genom ert engagemang och era detaljerade svar har vi kunnat få en förbättrad förståelse för de olika graderna av bristningar och deras påverkan på återhämtning och nöjdhet. Ert bidrag är av stor betydelse för att fortsätta förbättra vården, och fortsätta skapa nya frågeställningar att utforska!

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ADL	Activity of daily life: Dagliga aktiviteter som att sköta egen hygien, laga mat, handla, diska, gå på promenader i långsam takt.
Analinkontinens	Analinkontinens innebär att det läcker ut fisar eller bajs utan att du kan förhindra det.
Anal sfinkter	Ringmuskler i ändtarmen, som gör att gaser och bajs inte läcker ut. Det finns två analsfinktrar, en inre och en yttre.
Anus	Ändtarmsöppningen
Avföringsinkontinens	Avföringsinkontinens innebär att det läcker ut bajs utan att du kan förhindra det.
Bäckenbotten	I bäckenet finns flera lager med muskler och bindväv som bildar en böjlig bottenplatta. Den kallas bäckenbotten och är cirka en centimeter tjock. Bäckenbotten bär upp tarmen, livmodern och urinblåsan så att de inte sjunker ner. Den ger också stöd åt ändtarmen, slidan och urinröret så att du kan hålla tätt. Bäckenbotten samarbetar med diafragman när du andas och med de djupa musklerna i mage och rygg när du gör olika rörelser, till exempel när du lyfter eller går. Ett bra stöd från bäckenbotten gör också att överkroppen blir mer stabil och ger en bättre hållning.
Clavien-Dindo	En skala för att bedöma svårighetsgraden för en komplikation baserat på komplikationsåtgärder.
Demografi	Läran om en befolknings sammansättning, till exempel var de bor, vilken alla har, hur långa de är och hur mycket de väger.
Diagnostik	En bedömning av en persons hälsotillstånd för identifiering av eventuella sjukdomar eller tillstånd.
Dyspareuni	Samlagssmärta
End-to-end sutur	Ändarna på trasig vävnad sys ihop kant mot kant
Episiotomi	Klipp: Ett klipp görs för att vidga förlossningskanalens och vulvas öppning i samband med förlossning.
Multidisciplinärt	Att olika yrkeskategorier bedömer patientens besvär utifrån sin yrkesprofession.
Postoperativ	Efter operationen
Postpartum	Efter förlossningen.
Wexner score	Wexner-score består av ett antal frågor för att värdera anal inkontinens (läckage av gaser och/eller avföring) och dess effekter på livskvaliteten.
Överlappade sutur	Ändarna på trasig vävnad sys ihop omlott.