

# Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge

Nasjonal handlingsplan

# **SFINKTERSKADER VED FØDSEL BØR REDUSERES I NORGE**

**Nasjonal handlingsplan**

**Nasjonalt råd for fødselsomsorg**

**Januar 2006**

## **INNHALDSFORTEGNELSE**

	<b>Side</b>
I. Innledning	3
II. Mandat	3
III. Definisjoner	4
IV. Forekomst	4
V. Risikofaktorer	6
VI. Registre	7
VII. Behandling av sfinkterskader	8
VIII. Handlingsplan	9
IX. Oppsummering	15
X. Mål for handlingsplanen	16
XI. Litteratur	16

## **I. INNLEDNING**

Skade av analsfinkter (endetarmens lukkemuskel) er en velkjent komplikasjon til vaginale fødsler. Klinisk erkjente sfinkterskader opereres umiddelbart, men anal inkontinens etter slike operasjoner er ganske vanlig og sees i de fleste materialer hos mer enn 40 % (variasjonsbredde 20-60 %). Riktignok vil de fleste av disse kvinnene bare være plaget med inkontinens for luft eller løs avføring, men en slik fødselsskade vil for mange føre til redusert livskvalitet og affisere kvinnen fysisk, psykisk og sosialt.

Det er grunn til å tro at denne fødselskomplikasjon har vært økende i Norge gjennom de siste 20-30 årene selv om bedret registreringspraksis ikke kan utelukkes. Forekomst i Norge er nå 4,3 % (2003).

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn av 26 fødeinstitusjoner i Norge (Rapport fra Helsetilsynet 11/2004). En hovedkonklusjon i rapporten var at det skjer for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen av denne alvorlige fødselskomplikasjonen ikke er god nok og at behandlingen ikke alltid er i samsvar med forsvarlig praksis. Helsetilsynet mente at dette ikke er akseptabelt, og påpekte at det må arbeides med å finne årsaken til at sfinkterskader oppstår slik at forekomsten kan reduseres. Det ble presisert at dette er en oppgave som må involvere de enkelte fødeinstitusjoner, forskningsmiljøer og andre fagmiljøer, og sentrale helsemyndigheter.

## **II. MANDAT**

På bakgrunn av disse forhold ba Sosial- og helsedirektoratet v/avdelingsdirektør Hans Petter Aarseth i brev av 07.04.05 Nasjonalt råd for fødselsomsorg om å lage en handlingsplan som skulle:

- *omfatte tiltak for å redusere antall skader, bedre primærbehandlingen og oppfølgingen hos pasienter med sfinkterskader og gi forslag til klare mål som skal nås. Det ble påpekt at i denne sammenhengen ville det også være nødvendig å ha pålitelige registre.*

Nasjonalt råd for fødselsomsorg arrangerte i juni 2005 et møte med representanter fra alle landets jordmordanninger, universitetssykehusene, SINTEF, Medisinsk fødselsregister, spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer,

Sosial- og helsedirektoratet og forskere som arbeider innen fagfeltet for å få innspill til denne handlingsplanen.

### **III. DEFINISJONER**

Perinealskader klassifiseres i fire grader som vist under. Sfinkterskader defineres som grad 3 eller 4, avhengig av rupturens alvorlighetsgrad, og det er disse skadene som omtales i denne handlingsplanen. Definisjonen brukt her er den som vil bli gjeldende i den nye "Veileder i fødselshjelp" som utgis i 2006 av Den norske lægeforening/Norsk Gynekologisk forening.

*Grad 1: Overflattisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne*

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

*Grad 3: Skade av perineum som involverer m. sphincter ani*

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

*3b: Ruptur av >50 % av EAS*

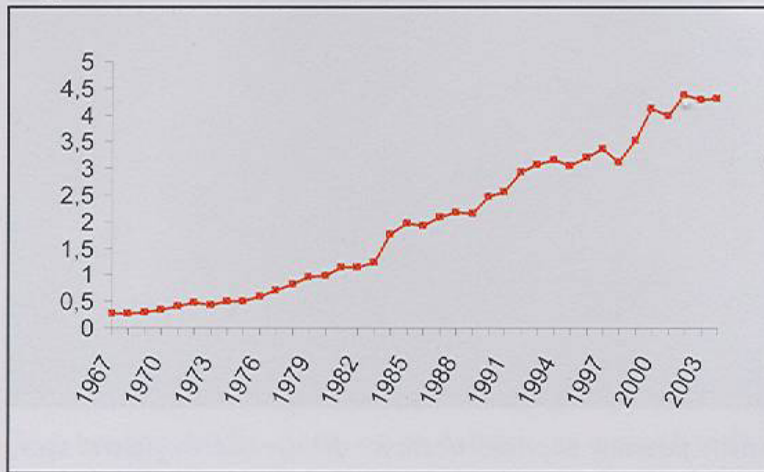
*3c: Ruptur av EAS og m. sphincter ani internus (IAS)*

*Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektum slimhinne*

### **IV. FOREKOMST**

Forekomst av sfinkterskader skal angis som prosent av totalt antall vaginalfødslar og er i Norge 4,3 % (Medisinsk fødselsregister (MFR) 2003). Forutsatt 60.000 fødsler i Norge vil drøyt 2000 kvinner få denne alvorlige komplikasjonen. Det er grunn til å tro at sfinkterskader har vært økende i Norge som i mange andre land de siste 20-30 årene selv om endret registreringskvalitet kan være medvirkende og dette illustreres i figur 1.

Figur 1



Figur 1: Vaginale fødsler med ruptur i % av totalt antall vaginale fødsler 1967-2004

Kilde: Medisinsk fødselsregister: Fødselsnytt nr 3, 2005

Forekomst i andre nordiske land er:

Danmark (2003) 3,2 %

Sverige (2002) 3,8 %

Finland (2002) 0,5 %

Resultatene fra Finland er altså påfallende lave i forhold til de andre nordiske land.

Resultatene i Finland har vært stabile i en årrekke og er kvalitetssikret. Årsaken til de gode resultatene i Finland er høyst sannsynlig forårsaket av bedre teknikk ved forløsning.

Ved operative vaginale forløsninger (vakuum, tang) er sfinkterskader betydelig mer vanlig enn ved spontane fødsler og rapporteres fra Norge å ligge mellom 10-25 %.

Dette skyldes at operative forløsninger gjøres ved mer kompliserte fødsler, men det er all grunn til å tro at rupturhyppigheten kan reduseres ved god teknikk slik også flere

publikasjoner rapporterer om. Tall fra MFR viser at fra 1985 til 2003 har forekomst av sfinkterskader ved vakuump- og tangforløsninger blitt 3-4 doblett. Fordi spontane vaginale fødsler er mer vanlig (91 %) enn operative vaginale fødsler (9 %), vil de fleste sfinkterskader skje ved spontane fødsler (65 %) i forhold til ved operative forløsninger (vakuump, tang) 35 %.

## V. RISIKOFAKTORER

Forhold som disponerer for sfinkterskader kan generelt inndeles i tre hovedkategorier

- Maternelle faktorer
- Føtale faktorer
- Obstetriske faktorer

*Maternelle faktorer.* Den viktigste faktoren er paritet. Sfinkterskader er betydelig mer vanlig hos førstegangs- enn hos flergangsfødende. Således skjer ca. 80 % av alle sfinkterskader hos førstegangsfødende, 20 % hos flergangsfødende. Hos førstegangsfødende sees sfinkterskader hos 5-6 %, hos andregangsfødende i 2,5-3 % og ved senere fødsler < 2 % (MFR).

Hos kvinner som har hatt sfinkterskade ved første fødsel, vil 3,7 % få ny ruptur ved neste fødsel. Imidlertid vil mer enn 90 % av de som får slik skade i annet svangerskap ikke ha hatt det ved første fødsel.

Hva som er årsaken til at førstegangsfødende oftere får sfinkterskade enn flergangsfødende er ikke klarlagt. Vi vet lite om bindevev/muskulatur er forskjellig hos første- og flergangsfødende eller om det er forskjeller mellom de som får/ikke får sfinkterskade.

Noen studier har vist at økende alder, lav kroppsvekt hos mor og rase (asiatisk) er forbundet med økt forekomst av sfinkterskader, men disse faktorene har betydelig mindre betydning enn paritet.

*Føtale faktorer.* Det er en klar sammenheng mellom fødselsvekt og sfinkterskader. Ved fødselsvekt mellom 2,5-3,5 kg vil omtrent 2 % få sfinkterskade, ved fødselsvekt over 5 kg vil 8-10 % få slik skade.

Hvis kvinnen har hatt sfinkterskade ved første fødsel er gjentakelsesrisiko klart relatert til fødselsvekt i neste svangerskap. Hvis barnet veier < 3 kg vil 1,3 % få skade, hvis barnet veier > 5 kg vil 23,3 % få dette.

*Obstetriske faktorer.* Støtteteknikk av perineum under fødsel synes å være viktig for å hindre sfinkterskader. I en sammenlignende studie mellom Malmø og Åbo var frekvens av sfinkterskader drøyt syv ganger større i Malmø (Sverige) enn i Åbo (Finland), og om ”high risk” fødsler ble ekskludert (operative vaginale forløsninger, abnorm presentasjon eller fødselsvekt > 4 kg) var risiko 13 ganger større i Malmø. Den sannsynlige årsaken til dette er at man i Finland har en tradisjon for aktiv støtte av fosterhodet (opp og fram) og perineum under fødsel, mens man i de andre nordiske land har gått over til en mer avventende, passiv holdning.

Andre faktorer som disponerer for eller er assosiert med sfinkterskader, enten direkte eller indirekte, er operative forløsninger (vakuum, tang), fundustrykk, induksjon/stimulasjon av fødsel, episiotomi (spesielt medial episiotomi), epiduralanalogi, langvarig 1. og 2. stadium av fødselen, manglende visualisering av perineum, perineumødem og mors høyde. Sannsynligvis er både fundustrykk og induksjon/stimulering av fødsel relatert til hurtig fødsel. Kombinert med mangelfull støtteteknikk vil dette føre til høyenergipåkjenning av perineum med fare for sfinkterskade. Noen studier har vist at epidural er assosiert med økt forekomst av sfinkterskade, mens andre studier ikke har kunnet vise dette. Forskjellige fødestillinger har også vært hevdet å ha betydning for sfinkterskade-frekvens, men gode studier foreligger ikke.

## **VI. REGISTRE**

Medisinsk fødselsregister har ikke gitt validerte data når det gjelder sfinkterskader i Norge. På skjemaene som skulle fylles ut ved alle fødsler i Norge før 1. desember 1998, måtte jordmor eller lege fylle inn på et åpent skjema om det forelå sfinkterskade. På det nye skjemaet som ble tatt i bruk etter denne dato, er det en prespesifisert rubrikk der man kan krysse av for sfinkterskade grad 3-4 i en og samme rubrikk. Norsk Pasientregister har også opplysninger om sfinkterskader i Norge.

Ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, har man undersøkt kvalitet på



rapporterte tilfeller til MFR i to treårsperioder (1990-2 og 2000-02) ved å sjekke mot fødeprotokoller og operasjonsbeskrivelser. I 1990-2 var 85 % og i 2000-02 var 92 % av registreringene riktige. I 1990-2 hadde 18 % av alle registrert som grad 3-4 ikke sfinkterskade, i 2000-2 var det 8,8 %. Forekomst av sfinkterskader var 5,8 % (5,6 % grad 3, 0,2 % grad 4) i 1990-2, 6,6 % (5,9 % grad 3, 0,7 % grad 4) i 2000-2.

De fem helseregionene ser ut til å samle seg om to fødedatasystemer som den enkelte fødeinstitusjon skal bruke for fortløpende registrering av egne resultater. I Helse Nord og Helse Sør er Partus (Clinsoft) valgt, i Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Øst er Cardiac medical AS valgt. Disse systemene skiller mellom grad 3 og 4 rupturer. Data legges inn fortløpende og vil derfor være velegnet til å følge utviklingen når handlingsplanen iverksettes. MFR har en forsinkelse på ett til to år.

## **VII. BEHANDLING AV SFINKTERSKADER**

Når sfinkterskade først har oppstått er det viktig at den identifiseres og opereres adekvat. I den nye "Veileder i fødselshjelp" som publiseres i 2006 anføres:

### **Diagnostikk**

*Enhver kvinne som har fått en skade i perineum ved vaginal fødsel bør få en systematisk undersøkelse av perineum, vagina, analkanal og distale rektum for å vurdere graden av skade før den sutureres. Alle kvinner som har hatt en instrumentell forløsning, eller fått en alvorlig skade av perineum, bør undersøkes av en lege som har erfaring i diagnostikk og behandling av slike skader. Dette er viktig for å unngå at skadene ikke oppdages.*

### **Behandling**

*Perinealruptur grad 1 og 2:*

- Disse skadene sutureres av jordmor ev. av lege*
- God lokal anestesi*
- Alle lag i perineum sutureres med fortløpende sutur eventuell avbrutte suturer*
- Hud lukkes med intrakutan fortløpende sutur med polyglactin 3-0 eventuell avbrutte suturer hvis dette er indisert*
- For øvrig anbefales Vicryl Rapid 2-0*

*Perinealruptur grad 3 og 4:*

- *Operasjonen bør utføres så raskt som det er praktisk mulig etter ruptur for å unngå ødem, blødning og infeksjon*
- *Operasjonen utføres eller assisteres av erfaren operatør*
- *Operasjonen utføres på operasjonsstuen*
- *Regional eller generell narkose*
- *Lokal anestesi kan aksepteres hvis kun overflatiske fibre av analsfinkter er avrevet*
- *Feltet bør eksplorerer grundig for å identifisere eventuelle skader av indre analsfinkter*
- *End-to-end eventuelt overlappeteknikk benyttes ved suturering av eksterne analsfinkter*
- *Identifiser interne analsfinkter og suturer denne hvis den er avrevet*
- *Monofilament sutur 2-0 evt. 3-0 benyttes til suturering av analsfinkter*
- *Anal/rektum slimhinne syes med fortløpende eventuelt avbrutt med monofilament sutur 3-0 slik at man oppnår eversjon av rektumslimhinnen inn mot lumen*
- *Antibiotika profylakse ved ruptur grad 4 som er rettet mot både aerobe og anaerobe mikrober. For eksempel metronidazol 1,5 g x1 i.v. og cefalotin 2 g x 3-4. Primært en dose, men eventuelt flere doser for å oppnå ett døgn virketid*

## **VIII. HANDLINGSPLAN**

### **Profylakse**

Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Behandling og oppfølging hos dem som har fått en slik skade kan også bli bedre og vi trenger kvalitetssikrede registerdata.

Det er flere av risikofaktorene for sfinkterskader som kan endres i dagens situasjon.

Profylakse er det viktigste.

Faktorer som kan påvirkes er:

- Bedre forløsningsteknikk. Her er det viktigste støtteteknikker, men også bedre samarbeid mellom den fødende og fødselshjelper har betydning. Informasjon til

gravide i løpet av svangerskapet kan bli bedre slik at hun får instruksjon i hvordan trykke/pusteteknikk er forskjellig i starten av utdrivningstiden og i fødselens siste fase når hodet og skuldre fødes.

- Operative vaginale forløsninger (vakuum, tang) bør brukes der det er klar indikasjon. Indikasjonsstilling bør derfor regelmessig diskuteres og evalueres, tillatt trykktid ved den enkelte avdeling bør vurderes og ikke minst må støtteteknikk også ved operative forløsninger bedres.
- Andre risikofaktorer som bør vurderes ved den enkelte avdeling er bruk av fødestillinger, fundustrykk, epidural, episiotomi, fødselsinduksjon/stimulasjon. Det er behov for forskningsprosjekter på disse områdene.
- Tiltak for å stoppe /reversere utviklingen der andel barn med fødselsvekt > 4 kg og > 4,5 kg øker. Tiltak når det gjelder dette problemområdet ligger utenfor rammene for denne handlingsplanen.

Når det gjelder forløsningsteknikk/støtteteknikk kan tiltak settes inn på mange nivåer.

### **Jordmorutdanningen**

Jordmorstudenter introduseres til faget gjennom den teoretiske undervisningen gitt ved landets fire utdanningsinstitusjoner. Deretter gjennomføres den praktiske undervisningen under veiledning av erfarne jordmødre ved landets fødeinstitusjoner.

Det er i dag ingen klare anbefalinger ved jordmorutdanningene for hvordan sfinkterskader best kan hindres. Det synes å være ulike holdninger og teorier hos jordmorveiledere, avhengig av hvilken utdanning og veiledning man selv har fått.

Gjennom årene har trender i retning av ”hands on or poised”, det vil si støtte eller ikke støtte av barnehodet og perineum under fremføring av barnehodet og skuldre, vært gjeldende i varierende grad. Dette kan nok skyldes at studier har vist forskjellig resultat, dog er det nå god dokumentasjon på at støtte av barnehodet og perineum er viktig for å hindre sfinkterskader.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg anbefaler jordmorutdanningene å utarbeide felles kunnskapsbaserte anbefalinger som omhandler forebyggende tiltak og bruk av støtteteknikker for å hindre sfinkterskader. Betydning av tidligere nevnte risikofaktorer

bør også vektlegges. Jordmorutdanningene bør stadig motivere studentene til å ha innsikt, og reflektere over egen praksis, for kontinuerlig å kunne forbedre og oppdatere denne.

### **Spesialistutdanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer**

For å bli spesialist stilles det formelle krav til utdanningssted og tid, kursvirksomhet og operative ferdigheter ved at visse typer operasjoner skal utføres i et visst antall. Det er intet krav til at en lege under spesialistutdanning skal være tilstede/aktivt delta ved normale fødsler. Vi vil henstille til spesialitetskomiteen om at et slikt krav formelt spesifiseres.

### **Videre- og etterutdanning av jordmødre og leger ved fødeinstitusjoner**

I Finland har man opprettholdt en tradisjon der aktiv beskyttelse av perineum under fødselens siste fase er viktig. Spesielt legges vekt på visualisering av perineum, Ritgens håndgrep, pusteteknikk som den fødende skal bruke og betydning av et godt samarbeid mellom den fødende og fødselshjelperen. Disse teknikker er delvis forlatt eller mindre vektlagt i utdanning av jordmødre og spesialister gjennom en årrekke i Norge. Det bør derfor stimuleres til at alle fødeinstitusjoner lager opplegg for regelmessig videreutdanning/trening i disse teknikker for alle ansatte. Det er en klinisk erfaring at det er forskjeller i forekomst av sfinkterskader innen jordmorgruppen og det samme blant leger. Ressurspersoner på den enkelte avdeling bør derfor utnyttes.

### **Videre- og etterutdanningskurs**

Nasjonalt råd for fødselsomsorg vil ta initiativ til at det arrangeres kurs for både jordmødre og leger innen dette feltet. Det planlegges fire kurs i løpet av de første 18 måneder slik at representanter fra alle fødeinstitusjoner i landet kan delta. Kurset vil ha forelesninger og praktisk trening når det gjelder støtteteknikker og kirurgisk behandling av perineumskader på fantom og dyrepreparater. Kursdeltagere bør så brukes som ressurspersoner når det gjelder kunnskapsoverføring til ansatte på den enkelte avdeling.

### **Intervensjonsstudie ved fem norske fødeavdelinger**

Det er tatt initiativ fra finsk gynekolog/jordmor og Nasjonalt råd for fødselsomsorg for å gjennomføre en intervensjonsstudie med tanke på å redusere antall sfinkterskader.

Opplegget har allerede startet ved en fødeavdeling. Elementer i denne studien vil være at man holder kurs (teoretisk og praktisk) over to dager der alle ansatte jordmødre og leger deltar, deretter vil en finsk jordmor med spesialkompetanse arbeide i avdelingen i seks til åtte uker med supervisjon ved fødsler slik at den enkelte medarbeider får feedback. Det vil opplæres tre til fire jordmødre/leger som såkalte superbrukere og disse vil fortsette opplæring og fokus rundt problemstillingen. Intervensjonsstudien vil gå over fire til seks måneder ved hver avdeling, og hyppighet av sfinkterskader før, under og etter intervensjonen kartlegges.

### **Validering av sfinkterrupturer registrert i MFR**

Sintef har i samarbeid med Nasjonalt råd og flere fødeavdelinger tatt initiativ til en studie der sfinkterskader rapportert til MFR valideres. Samarbeidet vil kreve at data sjekkes ved gjennomgang av fødeprotokoller og operasjonsbeskrivelser ved de enkelte avdelinger. Studien har startet. Risikofaktorer og senplager vil også undersøkes.

### **Case-control studie**

Nasjonalt råd for fødselsomsorg vil ta initiativ til en landsomfattende case-control studie der alle fødeinstitusjoner inviteres til å delta. Et prespesifisert registreringsskjema med mer omfattende opplysninger vil fylles ut for alle som får sfinkterskader over en seks måneders periode. For hver pasient med sfinkterskade finnes en kontroll uten slik skade der det samme registreringsskjema fylles ut.

### **Behandling**

#### *Behandling av fødende med sfinkterskader*

Ved de landsomfattende tilsyn av fødeinstitusjoner i 2004 ble det påpekt at behandlingen ikke alltid var forenlig med forsvarlig praksis. De viktigste innvendinger var at sfinkterskader enkelte ganger ble behandlet under utilfredsstillende betingelser, det vil si på fødestuen og med dårlig analgesi, og at operasjonen noen ganger ble gjort av lege uten tilstrekkelig erfaring i diagnostikk og behandling av slike skader. Det bør tilstrebes at to operatører deltar ved slike operasjoner.

Vi anbefaler at retningslinjer i den nye "Veileder i fødselshjelp" som kommer ut i 2006 følges, og at det spesielt fokuseres på diagnostikk og behandling av interne sfinkterskader. Det er sannsynlig at identifisering av og separat sutur av interne sfinkterskader

er viktig. Dette har det vært lite fokus på i Norge, men nye data kan tyde på at slik behandling gir bedre langtidsresultater enn tidligere. Den interne sfinkter bidrar til 50-85% av den toniske hvilekontraksjonen og bidrar først og fremst til kontinens for gass og væske.

#### *Oppfølging av pasienter med sfinkterskader*

Vi anbefaler at man i Norge enes om et felles kontrollopplegg for eksempel etter 12-18 måneder slik at langtidsresultater blir kjent og kan sammenlignes mellom avdelinger. Et egnet redskap kan være St. Mark's scoringssystem. Skjemaet fylles sannsynligvis best ut ved at spesialutdannet sykepleier eller jordmor ringer og fyller ut skjema i forbindelse med samtalen. Alle med St. Mark's score over et visst nivå bør innkalles til videre utredning.

---

**ST. MARK'S INKONTINENS SCORE-SYSTEM**

---

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ukentlig	Daglig
Inkontinens av fast avføring	0	1	2	3	4
Inkontinens av flytende avføring	0	1	2	3	4
Inkontinens for tarmluft	0	1	2	3	4
Endring av livsstil	0	1	2	3	4
				Nei	Ja
Må bruke bleie/bind eller plugg mot avføringslekkasje				0	2
Bruker forstoppende medisin				0	2
Kan ikke utsette avføring i 15 min etter følelse av trang				0	4

**Aldri:** Ingen episoder siste fire uker.

**Sjelden:** En episode siste fire uker.

**Av og til:** > 1 episode siste fire uker, men < 1/uke.

**Ofte:** En eller flere episoder i uken, men ikke daglig.

**Daglig:** En eller flere episoder daglig.

Legg til en tallverdi fra hver rad: Minimum score er 0 = helt kontinent. Maksimum score er 24 = totalt inkontinent.

De som trenger videre behandling på grunn av sequele etter sfinkterskader bør få dette ved institusjoner (for eksempel ett sted i hvert regionale helseforetak) med erfaring og kunnskap om slik behandling.

## IX. OPPSUMMERING

Nasjonalt råd for fødselsomsorg foreslår at følgende iverksettes:

- Jordmorutdanningene vektlegger sterkere at støtteteknikker, pusteteknikk og samarbeid mellom den fødende og jordmor er viktig for å hindre sfinkterskader.
- Utdanning av spesialistkandidater i fødselshjelp og kvinnesykdommer endres slik at det stilles krav til tilstedeværelse/aktiv deltagelse ved et visst antall normale fødsler. Fokus på støtteteknikker ved operative forløsninger er viktig.
- Svangerskapsomsorgen og kurs inkluderer informasjon om pusteteknikk/samarbeid med jordmor i fødselens avslutningsfase.
- Nasjonalt råd for fødselsomsorg vil arrangere fire kurs i løpet av de neste 18 månedene der det fokuseres på forebygging og behandling av sfinkterskader (forelesninger og praktiske øvelser). Representanter fra jordmødre og leger ved alle landets fødeinstitusjoner får mulighet til å delta.
- Planlegging og gjennomføring av videre- og etterutdanning med praktisk ferdighetstrening for alle jordmødre/leger ved hver enkelt fødeinstitusjon, og at det fokuseres på støtteteknikker som beskrevet over både ved spontane og operative vaginale fødsler.
- Kvalitetssikret rapportering av sfinkterskader fra alle fødeinstitusjoner. Resultatene bør regelmessig presenteres for avdelingens ansatte, om nødvendig også med personlige tilbakemeldinger.
- At definisjon av sfinkterskader er ensartet i Norge og kjent blant alle fødselshjelpere.
- Sfinkterskader bør brukes som en viktig kvalitetsindikator i fødselshjelpen. Resultater bør gjøres kjent for foretakene og dermed være offentlig tilgjengelig.
- At det gjennomføres en intervensjonsstudie for å redusere sfinkterskader ved fem fødeinstitusjoner i Norge for å undersøke effekt av et slikt tiltak.
- Gjennomføring av en valideringsstudie angående kvalitet på rapportering av sfinkterskader til MFR, og en case-control studie over seks måneder der alle fødeinstitusjoner får tilbud om å delta.
- At det stimuleres til forskningsprosjekter innen dette feltet og at det bevilges penger til dette formål.



- Behandling av pasienter med sfinkterskader må følge retningslinjer som angitt i "Veileder i fødselshjelp" som kommer i 2006. Det må fokuseres mer på identifikasjon og separat sutur av interne sfinkterskader.
- Ensartet opplegg for kontroll og dokumentasjon av langtidsresultater hos pasienter som har hatt sfinkterskader. Behandling av pasienter med sequele i form av anal inkontinens etter sfinkterskader bør skje ved få institusjoner og der man har erfaring og kunnskap i slik behandling.

## **X. MÅL FOR HANDLINGSPLANEN**

At forekomst av sfinkterskader i Norge reduseres fra dagens nivå på 4,3 % til 2 % i løpet av to år.

## **XI. LITTERATUR (noen utvalgte)**

Backe B, Sahlin Y. For mange fødende får sfinkterskade. Tidsskr Nor lægeforen 2005, 125: 554.

Norderval S, Øian P, Revhaug A, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: outcome of anatomic primary repairs. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1055-61.

Spydslaug A, Trogstad LI, Skrondal A, Eskild A. Recurrent risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. Obstet Gynecol 2005; 105: 307-13.

Pirhonen J, Grenman SE, Haadem K 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: 974-7.

Gudmundsson S, Henningsson AC, Linqvist P. Correlation of birth injury with maternal height and birth weight. BJOG 2005; 112: 764-7.

Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. BMC health Services Research 2002; 2:9

Parnell C, Langhoff-Roos J, Møller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 256-61.

Elfaghi I, Johansson-Ernste B, Rydhstrøm H. Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery. BJOG 2004; 111: 1361-4.

Carroli G, Belizan J Episiotomi for vaginal birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4.

Zetterstrøm J, Lopez A, Holmstrøm B, Nilsson BY, Tisell Å, Anzen B, Mellgren A. Obstetric sphincter tears and anal incontinence: an observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 921-8.

Byrd LM, Hobiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Disease* 2005; 7: 311-8.

Jander C, Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 229-34.

Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000; 107: 926-31.

Uustal Fornell E, Matthiesen L, Sjødahl R, Berg G. Obsteric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long term effects. *BJOG* 2005; 112: 312-6.

Hay-Smith J, Herbison P, Mørkved S. Physical therapies for prevention of urinary and fecal incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2.

Anal inkontinens hos kvinner. Utredning och behandling. Rapport nr 46, 2001. Svensk Forening for Obstetrikk och Gynekologi.

Valbø A, Kristoffersen M. Sfinkterskade ved vaginal forløsning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125; 591-3.

Spydslaug A, Vonen B, Olsen IP, Bagestan E. Perinealrupturer. I: *Veileder i fødselshjelp* (Sand S, Henriksen T, Bjørge L, Øian P, eds), Den norske lægeforening/ Norsk Gynekologisk forening, publiseres 2006.

Irgens L (personlig meddelelse) Data fra Medisinsk fødselsregister 2005.