

Regional medicinsk riktlinje

Bäckenbottenbesvär efter förlossning

Huvudbudskap

Riktlinjen beskriver diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar vid förlossning. Den beskriver också eftervård och fortsatt handläggning vid eventuella kvarstående besvär upp till tre år efter förlossningen.

Handläggning av patienter med bäckenbottenbesvär ser olika ut i regionen, denna riktlinje syftar till att utjämna dessa skillnader.

Den som drabbats av en förlossningsbristning ska:

- erbjudas utredning och vård i rätt tid
- behandlas och följas upp på rätt vårdnivå
- vid kvarstående besvär erbjudas bedömning av ett multiprofessionellt team och ha kännedom om kontaktvägar.

Förändringar sedan föregående version

- Dokumentet berör handläggning av besvär upp till tre år efter förlossning.
- Hänvisningskartan är uppdaterad.
- Hemgångsinformationen ska inkludera uppgifter om vart patienten vänder sig vid bäckenbottenbesvär och att dessa finns att hitta på 1177.
- Förtydligande om att egenremiss vid kvarstående/sena besvär finns på 1177.
- Förtydligande om bäckenbottenteam.
- Kvalitetsindikatorer har identifierats.

Vårdnivå och samverkan

Ansvarsfördelning mellan professioner och vårdnivåer vid symtom från bäckenbotten vid olika tidpunkter efter förlossningen anges i hänvisningskartan

Akuta problem åtgärdas under vårdtiden i samband med förlossningen.

Omhändertagandet av besvär i det omedelbara efterförloppet omhändertas ofta direkt på kvinnoklinikerna.

Hänvisningskarta vid besvär/fynd efter förlossning

Besvär eller fynd efter förlossning	0-3 månader	4-6 månader	6-12 månader	>12 månader
Svagt knip	Egenvårdsråd från BMM och hänvisning till Fys-öv		Fys-öv	
Urinläckage	Egenvårdsråd från BMM och hänvisning till Fys-öv. Vid behov av inkontinens-skydd hänvisning till VC. Vid totalt urinläckage till obstetrisk mottagning inom 1 vecka.	Fys-öv samt VC enligt RMR Urininkontinens hos kvinnor		
Gasläckage	Fys-öv.		VC och fys-sv.	
Faecesinkontinens	Obstetrisk mottagning och Fys-sv.	VC för remiss till Gyn-öv eller fys-sv beroende på fynd.		
Samlagssmärta	Egenvårdsråd från BMM.	Gyn-öv. Vid hög tonus Fys-öv.		Gyn-öv och fys-öv.
Bäckenbottensmärta tyngd/tryck/obehag	Egenvårdsråd från BMM och fys-öv. Vid uttalade besvär MHV-läkare eller läkare på KK.	Gyn-öv och fys-öv.	Gyn-öv och fys-öv. Vid uttalade besvär fys-sv.	
Misstanke om framfall vid gynundersökning	Egenvårdsråd från BMM och fys-öv. Vid uttalade besvär MHV-läkare eller läkare på KK.	Gyn-öv och fys-öv.		
Bäckensmärta	Fys-öv och/eller VC enligt RMR Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi RMR Ansvarsfördelning långvarig, icke cancerrelaterad smärta hos vuxna			
Stygn som gått upp eller glipar, ärrsmärta efter grad I och II	Egenvårdsråd från BMM. Vid behov av åtgärd läkare obstetrisk mottagning.	Gyn-öv.		
Sfinkterskada (grad III och IV) Sköts av slutenvården	Fys-sv och obstetrisk mottagning.	Fys-sv. Vid uttalade besvär åter till operatör.	Fys-sv. Vid uttalade besvär till kolorektal.	

Fys-öv	Fysioterapeut öppenvård	
Fys-sv	Fysioterapeut slutenvård	Egenremiss, läkarremiss eller remiss från primärvårdsfysioterapeut
Gyn-öv	Gynekolog öppenvård	Egenremiss
Gyn-sv	Gynekolog slutenvård	Läkarremiss eller egenremiss
VC	Vårdcentral	
BMM	Barnmorskemottagning	
Läkare	Läkare på MHV eller på kvinnoklinik	
SMC	Sexualmedicinskt centrum	Egenremiss/vårdgivare
	Obstetrisk mottagning	Barnmorskeremiss
	Kolorektal	Remiss från gynekolog/obstetriker efter 6 månaders konservativ beh
KK	Kvinnoklinik	
MHV	Mödrahälsovård	

Bakgrund

En optimal handläggning för att förebygga, diagnostisera och behandla förlossningsbristningar leder färre patienter med kvarstående besvär.

Barnmorskor och läkare som arbetar på förlossningsenheter ska därför ha genomgått utbildningen och klarat kunskapsprovet i [bäckenbottenutbildning.se](https://backenbottenutbildning.se).

Förebyggande av sfinkterruptur behandlas i RMR [Sfinkterprofylax - förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning](#)

En enhetlig diagnossättning är en förutsättning för god kvalitet och för att kunna följa upp resultaten.

Utredning

Efter förlossning ska barnmorska undersöka vaginalt, rektalt och med bidigital palpation.

Vid större grad 2-bristning, vid misstanke på sfinkterruptur eller vid uppskattad perinealkroppshöjd <1,5 cm ska annan barnmorska eller läkare tillkallas för stöd i bedömningen av bristningen.

Suturering görs med fördel i direkt anslutning till förlossningen, men åtgärden kan avvaktas upp till ett dygn för att säkerställa att optimal kirurgisk kompetens finns tillgänglig. Isbinda kan användas vid svullen vävnad i avvaktan på suturering. Beakta blödning.

Behandling

Bristningar av grad 1–2, inklusive perineotomi, sutureras i de flesta fall på förlossningsavdelning av barnmorska tillsammans med assistent som har erforderlig kompetens.

Komplicerade grad 2-bristningar, inklusive omfattande perineotomi, samt bristningar av grad 3–4 sutureras av erfaren läkare på operationsavdelning.

Följ [”Mall för suturering”, bilaga 1](#)

Vid behov ordineras smärtstillande, laxantia och eventuellt antibiotika.

Förberedelser inför suturering på operationsavdelning

- Operationsanmäl.
- Ta bastest vid behov.
- Håll patienten fastande vid behov, koppla Ringer-Acetat.
- Sätt KAD eller gör en urintappning.
- Ordinera läkemedel.
- Ge antibiotikaprofylax inför operationsstart av grad 3- och 4-bristningar, till

exempel cefuroxim 1,5 g (i.v.) och metronidazol 1,5 g (i.v.).

- Ge antibiotikaprofylax efter beslut av operatör vid komplicerad grad 2-bristning.

Dokumentation

Bristningar oavsett omfattning och grad diagnossätts. Grad 1 dokumenteras under sökord ”bristning/klipp”. Grad 2 (inklusive perineotomier), 3 och 4 dokumenteras i journal ”operationsmall” (suture av förlossningsskada).

Komplettera med ”PISA” enligt nedan.

- Perinealkroppen före suturering: vid bidigital palpation <1 cm/1–2 cm/>2cm
- Interna sfinktern: bedöms hel/skadad/ej undersökt. Ultraljud: Ja/Nej
- Suturmateriel: anges
- Antibiotika: givet/ej givet.

För diagnossättning se [Tabell Perinealskador \(backenbottenutbildning.se\)](http://backenbottenutbildning.se).

Handläggning efter suturering/bedömning och avstämning inför hemgång

- Säkerställ att patienten är adekvat smärtlindrad samt har fått laxantia vid behov under vårdtiden och rekommendera fortsatta behandling och egenvård efter utskrivning.
- Barnmorska/sjuksköterska på förlossning/BB/BB-mottagning ger skriftlig information om bristningar (finns på flera språk) samt muntlig information om sökvägar på [1177](http://1177.se).
- Informera patienten om bristningsregistret och graviditetsenkäten.
- Klinisk undersökning (senast dag 2 efter förlossning).
 - Genomför undersökning/inspektion av bristning i gynstol.
 - Notera bristningen: rodnad, svullnad, ömhet, sutursläpp, hemorrojder.
 - Uppmuntra patienten att själv titta med spegel.
 - Be patienten smärtskatta med VAS (visuell analog skala 0–10) i vila och sittande.
 - Berätta för patienten om bristningens omfattning och planerad uppföljning.

Vid defekt primärsuturering överväg snar resuturering (under vårdtiden eller inom några dagar). Beakta eventuell infektion och inled behandling av denna först.

- Barnmorska skriver ut patienter med grad 1–2 bristning och/eller dem som genomgått perineotomi.
- Läkare skriver ut och ansvarar för epikris för patienter med komplicerad grad 2- och grad 3–4-bristning.
- Boka återbesök i första hand till operatör vid komplicerade grad 2-bristningar samt vid grad 3–4-bristning, cirka 3–4 månader efter förlossning.
- Vid komplicerade grad 2-bristningar (inklusive komplicerad perineotomi),

grad 3- och 4-bristningar samt bristningar med tydlig misstanke om levatorpåverkan [följs patienterna upp av fysioterapeut](#) enligt riktlinje.

Beakta psykiskt mående. Observera att risken för postpartumdepression ökar vid omfattande förlossningsbristning

Handläggning vid sårruptur

Sårruptur orsakas ofta av en infektion som behöver behandlas med antibiotika, till exempel amoxicillin med klavulansyra och metronidazol. Det är viktigt att påbörja antibiotikabehandling innan resuturering oavsett orsaken till rupturen. Den vetenskapliga evidensen för resuturering är bristfällig. Klinisk erfarenhet stödjer ändå att detta kan göras direkt eller inom två veckor. Fördelen med att resuturera även mindre sårrupturer är att patienten får mindre smärta och i de flesta fall uppnås ett bättre slutresultat.

Klinisk uppföljning

Boka patient som lämnar förlossning eller BB inom 24 timmar efter förlossning för ett uppföljande besök för undersökning av barnet och kontroll av suturerad bristning.

Vid utskrivning ska det finnas en plan för uppföljning. Bristningens omfattning och patientens symtom avgör fortsatt handläggning, se [hänvisningskarta](#).

Kvinnoklinikerna har tillsammans med mödrahälsovården (MHV) ansvar för den fortsatta vården under första veckan efter förlossningen.

Patienter med bristningar ska få uppföljning inom ramen för den eftervård som erbjuds enligt [Basprogram för Mödrahälsovården VGR \(vgregion.se\)](#). Denna inkluderar en gynekologisk undersökning vid andra eftervårdsbesöket 6–8 veckor efter förlossning.

Handläggning vid kvarstående/sena besvär

Vid kvarstående eller sena besvär följ [hänvisningskarta](#). Här tydliggörs för vårdpersonal vart patienter kan hänvisas eller remitteras utifrån symtombild och tidsmässig relation till förlossningen. För att underlätta att patienter får rätt omhändertagande finns en [hänvisningstext på 1177](#), som är en förenkling av innehållet i hänvisningskartan för vårdpersonal. En egenremiss som nås från 1177 hjälper patienter att precisera problematiken och underlättar vårdpersonalens bedömning av vårdbehov. Varje mottagning laddar ned egenremissen till sin hemsida.

Bäckenbottenteam

Varje förlossningsklinik i Västra Götalandsregionen ska ha ett multiprofessionellt bäckenbottenteam med stärkt kompetens kring bristningar. Teamen ska utreda och

handlägga patienter med kvarstående bäckenbottenbesvär efter vaginal förlossning och ansvara för samordning och kontinuitet.

I bäckenbottenteamen bör gynekologisk, obstetrisk, fysioterapeutisk, psykosocial och uroterapeutisk kompetens finnas. Etablerade samarbetsformer bör finnas mellan bäckenbottenteam och kolorektalkirurg, smärtteam, radiolog, urolog, sexolog, vulvamottagning och sexualmedicinskt centrum.

Viktiga funktioner i ett bäckenbottenteam är medicinskt ansvarig läkare och koordinator för samordning och planering av vården. Det ska vara tydligt för patienter och andra vårdgivare vem som är teamets kontaktperson.

Bäckenbottenteamen bör ha tillgång till utrustning och kompetens för genomförande av 3D-ultraljud.

För diagnoskoder som används inom bäckenbottenteam [se bilaga 2](#).

Planering inför nästa förlossning

Patienter med tidigare bristning av grad 3–4 eller med kvarstående besvär oavsett bristningsgrad ska erbjudas läkarbesök vid ny graviditet. Planering av förlossningen görs individuellt och hänsyn tas till den tidigare bristningen samt eventuella kvarstående besvär. Vid beslut om förlossningssätt ska patientens upplevelse av omhändertagandet vid tidigare bristning beaktas. Ha en dialog kring patientens önskemål och informera om för- respektive nackdelar med de båda förlossningssätten.

Kvinnor med tidigare grad 3 eller 4-bristning utan kvarvarande besvär kan föda vaginalt om de önskar. Informera om risken för ny sfinkterskada och att optimal handläggning under förlossningen kan reducera risken. En förlossningsplan som inkluderar handläggning vid framfödandet bör upprättas.

Planerat kejsarsnitt kan erbjudas:

- kvinnor med tidigare grad 3- och 4-bristning
- efter omfattande reoperation oavsett bristningsgrad

Vid kvarstående analinkontinens ska planerat kejsarsnitt rekommenderas oavsett bristningsgrad.

Indikatorer och målvärden

Indikatorer för uppföljning av statistik och kvalitet är framtagna och kommer att följas upp av Regionalt nätverk Bäckenbotten, inom Kunskapsorganisationen och Samordningsrådet för Kvinnosjukvård och Förlossning. Statisk och uppföljning redovisas i en regional rapport.

Utarbetad av

RPT Bäckebotten

Relaterade dokument

Bäckebottenutbildnings samlade [rekommendationer](#).

[Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi](#)

[Urininkontinens hos kvinnor](#)

Bilaga 1

Mall för suturering

Utbildningsmaterial för suturering finns på [Suturering, backenbottenutbildning.se](http://Suturering.backenbottenutbildning.se)

Nedanstående mall är en förkortad version.

Identifiera omfattning och grad av bristning

Bedöm tillsammans med kollega. Undersök alltid med ett finger rektalt. Det är ofta en fördel att ha kvar ett finger i rektum när man suturerar. Om ett rektocel lätt kan provoceras fram är risken stor för bristning i rektovaginala fascian.

Suturmaterial

Se: [Suturering av vagina och översikt av suturmaterial \(backenbottenutbildning.se\)](http://Suturering_av_vagina_och_oversikt_av_suturmaterial(backenbottenutbildning.se))

Alternativt följ lokal rutin.

Suturering

Vagina: Identifiera rektovaginala fascian, som sutureras fortlöpande och förankras mot perinealkroppen. Suturera därefter slemhinneägret. Säkerställ att bakre vaginalväggen dras fram och adapteras tillsammans med vaginalslemhinnan bakom hymen så att dess cirkumferens återskapas.

Kontrollera att vaginalmyrningen genomsläpper 2–3 fingrar.

Perineum: Identifiera musculus transversus perinei djupa och ytliga delar, gärna med hjälp av fransyskor. Suturera med enstaka eller fortlöpande sutur. Sök efter musculus bulbocavernosus i labia majora och adaptera ner i perinealkroppen.

Säkerställ att suturerna innefattar muskelfascia, annars är det risk att suturerna skär.

Hud: Bygg upp underliggande vävnad fortlöpande. Avsluta med intrakutan eller subkutan hudsutur. Vid användning av multifilamenttråd ska transutana suturer inte användas. Försök att undvika att knutarna hamnar i introitus. Det är inte huden som ska hålla ihop mellangården utan de underliggande muskelfästena. Säkerställ att introitus och hymen befinner sig i samma plan/nivå.

Rektalt: Använd alltid sutur med medellång resorptionstid. Analslemhinna sutureras med enstaka alternativt fortlöpande suturer, monofilament 3–0. Knuten ska placeras mot vagina. Interna sfinktern sutureras fortlöpande med multifilament 3–0. Externa sfinktern sutureras med enstaka madrasssuturer, 2–4 ”end to end” alternativt med ”overlap”. För att undvika att suturerna skär kan man ta med muskelfascian i stygnen. Lämpligt suturmaterial är multifilament 0 eller 2–0.

Bilaga 2

Koder vid kvarstående/sena besvär efter förlossning

Diagnoskoder för läkarbesök

Vid ett besök kan flera olika diagnoser vara aktuella, dock ska det vara en N-diagnos som används som huvuddiagnos. UNS-koder undviks om det inte är tidigt i utredningen.

XS902 Teambesök med närvarande patient

XS007 Temakonferens utan närvarande patient

Defektläkt förlossningsskada:

Z42.8 Op av ärrvävnad, rekonstruktiv kirurgi eller läkt skada

Gammal skada på analsfinktern

N81.8F	upp till och med halva externa sfinktern
N81.8G	mer än halva externa sfinktern
N81.8H	både externa och interna sfinktern
N81.8K	både externa och interna sfinktern och rektalslemhinnan
N81.8J	isolerad skada på interna sfinktern

Gammal skada på bäckenbotten

N81.8L	unilateral bristning av m. levator ani o/e m. puborectalis
N81.8M	bilateral bristning av m. levator ani o/el m. puborectalis
N81.8P	annan ospecificerade

Gammal skada på perinealkroppen

N81.8A	upp till halva
N81.8B	mer än halva

Gammal skada på vagina/vulva

N90.8A	vagina - ytlig skada
N81.8D	vagina - nedre halvan omfattande bäckenbottens muskler och rectovaginala fascian
N90.8A	vulva
N81.8E	övre delen av vagina, efter hög vaginalruptur, omfattande bäckenbottens muskler och rektovaginala fascian

Prolaps

N81.- genital prolaps hos kvinna

K62.2 anal

K62.3 rektal

N36.3 uretraslemhinna

Fistel

N82.- avseende olika kvinnliga genitala fistla

K60.4 rektalfistel

N36.0 mellan uretra och hud

N32.1 mellan urinvägar och tarm

Symtom

N94.1 Dysparenu

N94.2 Vaginism

N76.3 Vulvodyni - lokaliserad provocerad

N94.8 Vulvodyni - generaliserad spontan

N94.9 Smärta UNS, som har samband med de kvinnliga
könsorganen

R30.0 Dysuri

Inkontinens

R39.- specifik urininkontinens

R32.9 UNS urinvägsinkontinens

R15.9 fecesinkontinens

Åtgärds-koder

AL008 Undersökning av kvinnlig genitalia

AL003 Vaginalt ultraljud av kvinnliga genitalia

AK116 Transperinealt ultraljud av bäckenbotten (tilläggs-kod ZXC45 anges vid
3D/4D)

Koder för fysioterapeuter

Flera koder kan vara aktuella för samma patient.

Teambesök med patient närvarande XS902

Koder för fysioterapeutisk bedömning och behandling av besvär relaterat till bäckenbotten efter förlossning

Vid utfördbedömning av muskulär bäckenbottenfunktion ska följande anges:

Bedömning av muskelfunktion	PG003
Klinisk undersökning av kvinnliga genitalia	AL008

Andra specifika koder att använda:

Bedömning av	urineringsfunktionen	PF002
	avföringsrutiner	PE005
	smärta	PB009
	sexuella funktioner	PF003
Bäckenbottenträning		QF001
Kontinentest		AK008
Rådgivning och info om blåsdysfunktion		QF015
Rådgivning och info om tarmdysfunktion		QE025
Smärtreducerande behandling		QB008
Avslappningsträning		QG007
Information/ undervisning om smärta		QV007
Muskeltøj		DN009
Information/ undervisning om hälsoproblem		QV002
Rådgivande samtal kring fysisk aktivitet		DV132

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN12865-780821730-364

Version: 5.0

Giltig från: 2025-02-28

Giltig till: 2026-04-09