

IMPLEMENTERING AV ET FORBEDRINGSPROSJEKT FOR Å REDUSERE PERINEALE RUPTURER AV GRAD 3 OG 4 VED VAGINALE FØDSLER PÅ AHUS



Gruppe K-13, V-06:

Idun Stenhammer Aanerød,
Einar August Andersen, Adam Dhayat,
Anne Lill Høeg, Varun Kumar Sharma,
Line Haugstad Torp, Audun Welander-Vatn

Prosjektoppgave i faget KLoK
Universitet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for allmenn og samfunnsmedisin
19.06.2011

Sammendrag

Bakgrunn

I 2006 utkom en Nasjonal handlingsplan med mål om å redusere antall skader av analsfinkteren i forbindelse med fødsler i Norge. Akershus Universitetsykehus (AHUS) ligger fremdeles høyt når det gjelder andelen sfinkterrupturer. Vi mener det er på tide med et kvalitetsforbedringsprosjekt for å redusere andelen sfinkterskader.

Kunnskapsgrunnlag

Om lag 2% av norske kvinner opplever å skade analsfinkteren under vaginal fødsel og mange får plager med vedvarende smerter og anal inkontinens. To studier har demonstrert en nedgang av andelen sfinkterskader etter implementering av følgende tiltakspakke: 1) Senke hastigheten av fødselen av hodet og bruke et modifisert Ritgens håndgrep 2) Instruere den fødende til ikke å presse når hodet fødes 3) Episiotomi kun ved klinisk indikasjon, og da lateral eller mediolateral episiotomi 4) La den fødende gå fritt under fødselen, men under de siste minuttene finne en posisjon der perineum lett kan observeres. Tiltakspakken samlet sett ser ut til å ha effekt, men evidensgrunnlaget for hver av enkeltkomponentene varierer.

Tiltak, kvalitetsindikator og metode

Vi vil implementere tiltakspakken gjennom en 8 ukers periode med teori og aktiv opptrening av ressursbrukere. Videre gis opplæring til og oppfølging av resten av personalet. Prosessindikator vil være en avkrysningsliste for fullført trening, mens resultatindikator vil være andelen sfinkterrupturer grad 3 og 4.

Organisering/ledelse

Det ansettes en ekstern jordmor, med kunnskap om og erfaring med de nye prosedyrene vi ønsker å innføre, for en 2 månedersperiode. Denne sørger for opplæring av alle ansatte, og også av "ressursjordmødre" som skal ha ansvar for videre oppfølging av de nye retningslinjene i avdelingen. Opplæringen består av trening på en bekkenmodell, samt aktiv "hands-on"veiledning inne på fødestuene.

Vurdering

Tiltakspakken ble vurdert med tanke på helsegevinst i forhold til investering av ressurser. Dette for å ta stilling til om dette forbedringsprosjektet er å anbefale for å redusere antallet analsfinkterrupturer på AHUS. Kunnskapsgrunnlag for tiltakspakken viser en klinisk signifikant effekt mhp reduksjon av analsfinkterrupturer. Da en implementering av et slikt handlingstiltak kun krever relativt begrensende investeringsressurser i form av utgifter og personell, vil vi følgelig være av den oppfatning at innføring av aktuell tiltakspakke er fordelaktig. Grunnet at handlingspakken er relativ enkel å implementere, har vi en forventning om at dette prosjektet kan bidra til bedre helse blant fødende kvinner ved AHUS.

Innholdsfortegnelse

IMPLEMENTERING AV ET FORBEDRINGSPROSJEKT FOR Å REDUSERE PERINEALE RUPTURER AV GRAD 3 OG 4 VED VAGINALE FØDSLER PÅ AHUS	1
Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
DEL I	4
1 Introduksjon	4
2 Kunnskapsgrunnlaget	6
3 Forbedringsarbeidet	10
3.1 Retningslinjer ved AHUS	10
3.2 Praksis ved sykehusene	10
3.3 Medisinsk Fødselsregister:	11
3.4 Indikator	12
3.4.1 Prosessindikator:	12
3.4.2 Resultatindikator:	12
3.5 Forbedringsmuligheter	13
4 Implementering av prosjektet	14
4.1 Planlegging av prosjektet	15
4.2 ”Do”/Utførelsen av prosjektet	16
4.3 ”STUDY”/Kontroll	17
4.4 ”ACT”/Korreksjon	17
5 Evaluering	18
6 Diskusjon	18
7 Referanser	20
Del II	Error! Bookmark not defined.
Gruppearbeidets art, arbeidsprosess og organisering	Error! Bookmark not defined.
defined.	

Ledelse av gruppa **Error! Bookmark not defined.**

Konflikter, problemer og utfordringer **Error! Bookmark not defined.**

Konklusjon – hva har vi lært? **Error! Bookmark not defined.**

DEL I

1 Introduksjon

I denne KLOK-oppgaven har vi utviklet et forslag til hvordan man kan implementere et kvalitetsforbedrende handlingsprogram for å redusere andelen av perineale skader som involverer analsfinkteren under vaginale fødsler ved Kvinneklinikkens fødeavdeling ved Akershus Universitetssykehus (AHUS). Vi valgte å ta utgangspunkt i en tiltakspakke (beskrevet i detalj nedenfor) som tidligere har blitt implementert på fødeavdelingene ved fem andre norske sykehus (1,2). I løpet av våren 2011 har vår arbeidsgruppe foretatt en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for tiltakspakken og, med utgangspunkt i møter med personell ved den aktuelle sykehusavdelingen, møter med en ekstern fagperson med kunnskap om det aktuelle feltet, jevnlig arbeidsgruppemøter med drøftelser av alternative strategier for kvalitetsforbedring og gjennomgang av relevant litteratur om kvalitetsforbedring og ledelse, etablert en strategi for innføring av tiltakspakken rettet spesifikt mot gjeldende praksis ved fødeavdelingen ved AHUS.

1.1 Bakgrunn

Vevsskade i perineum er en relativt vanlig komplikasjon til vaginale fødsler, og det er estimert at om lag 85 % av alle fødende kvinner opplever et perinealt traume (3). Det er stor variasjon når det gjelder både grad av vevsskade og dens lokalisasjon, og de fleste perineale skader tilhører uten komplikasjoner (4). I faglitteraturen er det vanlig å gjøre en distinksjon mellom fremre og bakre perineale traumer, da disse skiller seg fra hverandre med tanke på alvorlighetsgrad og behov for oppfølging av helsepersonell. Et fremre perinealt traume kan involvere labia, anteriore vegg av vagina, uretra eller klitoris og er ikke assosiert med betydelig grad av sykdom (4). Et bakre perinealt traume, med skade av posteriore vegg av vagina, perineal muskulatur eller analsfinkteren, er derimot i større grad vist å kunne ha en negativ effekt på både

biologiske, psykologiske og sosiale aspekter ved de affiserte kvinnenes helse i form av dyspareuni, generelle genitale smerter og nedsatt analsfinktertonus med persisterende inkontinens (4).

Klassifikasjon av perineale rupturer er basert på omfang og lokalisasjon av vevsskade, og i klinisk praksis er det vanlig å benytte et graderingssystem som går fra verdiene 1 til 4 (4):

- Grad 1:** Overflatisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne
- Grad 2:** Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av m. sphincter ani eksternus (EAS)
- Grad 3:** Skade av perineum som involverer analsfinkter
 - 3a: Ruptur av <50 % av 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/rektumslimhinne

Tall fra Medisinsk Fødselsregister fra 2010 viser at 2,3 % av norske kvinner på landsbasis opplever perinealruptur av grad 3 eller 4 med affeksjon av analsfinkteren under vaginal fødsel (5). Mellom 1/3 og 2/3 av disse vil oppleve vedvarende plager med anal inkontinens (4). Sammenliknet med enkelte andre land, for eksempel Finland, er det i Norge en relativt høy forekomst av rupturer av grad 3 eller 4 etter vaginale fødsler. Tall fra Finland viser at forekomsten der har ligget stabilt på 0,3-0,6 % de siste 15 årene, og disse forskjellene i prevalensrate på tvers av landegrensar har ført til stor interesse både fra helsepolitisk hold og i akademiske miljøer for å identifisere grunnlaget for ulikhetene og å utvikle effektive handlingsstrategier med forebyggende effekt på alvorlige perineale rupturer (1,2,6). Fra 2005-2007 ble et handlingsprogram bestående av flere ulike komponenter implementert ved sykehus i Fredrikstad, Tromsø, Stavanger, Lillehammer og Ålesund, og resultatene, som viser en statistisk signifikant reduksjon i forekomsten av perineale rupturer av grad 3-4 fra 4-5 % til 1-2 % etter implementering av programmet, har blitt presentert i fagfelleverderte vitenskapelige artikler (1,2).

Handlingsprogrammet består av 4 ulike tiltak:

- (1) Bruk av en spesifikk teknikk for støtte av perineum under fødselen (modifisert von Ritgens håndgrep), og senkning av hastigheten av fødselen av barnets hode.
- (2) Instruere den fødende kvinnen til ikke å presse i utdrivningsfasen av barnets hode.
- (3) Episiotomi kun ved klinisk indikasjon på individuell basis. Ved episiotomi bør denne være så langt vekk fra analåpningen som mulig, såkalt lateral eller mediolateral episiotomi.
- (4) Instruere den fødende til å bevege seg fritt rundt slik hun føler for under fødselen, med under de siste minuttene oppfordre henne til å finne en posisjon der modifisert Ritgens håndgrep kan benyttes og perineum kan observeres.

Grunnlaget for at vi valgte å ta utgangspunkt i denne tiltakspakken i vår KLOK oppgave, var at fødeavdelingen på AHUS hadde en prevalens av grad 3-4 rupturer som lå noe høyere enn landsgjennomsnittet (3,0 % i 2010) (5). Vi oppfattet forebygging av denne type fødselsskader som et viktig tema på grunn av de omfattende helseplagene de affiserte kvinnene strever med i ettertid. Det fantes allerede dokumentasjon på at implementering av den aktuelle tiltakspakken hadde bidratt til å senke prevalensen av grad 3-4 rupturer ved flere andre norske sykehus, og vi så derfor et potensiale i gjennomførelsen av et tilsvarende forbedringsprosjekt ved AHUS. I det følgende presenteres handlingsprogrammets kunnskapsgrunnlag, samt en beskrivelse av hvordan tiltakene planlegges implementert og evaluert.

2 Kunnskapsgrunnlaget

2.1 Problemstilling

Vi ønsket å undersøke i hvilken grad det finnes vitenskapelig belegg i forskningslitteraturen for påstanden om at implementering av den beskrevne tiltakspakken vil føre til redusert insidens av analsfinkter rupturer av grad 3 og 4 etter vaginale fødsler.

2.2 Søkestrategi

Vi startet søket etter relevant litteratur ved å lete i de internetbaserte, jevnlig oppdaterte kunnskapsoversiktene BMJ Best Practice og UpToDate. I tillegg gikk vi igjennom de oppdaterte faglige retningslinjene for fødselshjelp som har blitt publisert av The National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (7) og Norsk Gynekologisk Forening (4). Vi undersøkte også om Helsedirektoratet hadde publisert relevante nasjonale faglige retningslinjer eller veiledere, men fant her ingen dokumenter relatert til vår problemstilling. Vi gjorde søk i The Cochrane Library etter relevante systematiske oversikter med eventuelle meta-analyser, og søkte i Evidence Based Medicine etter kvalitetsvurderte studier. Vi søkte også i databasene Medline og Embase etter enkeltstudier som ikke hadde blitt inkludert i de ovenfor nevnte informasjonsressurser for å sikre at alle relevante studier ble inkludert i en evaluering av kunnskapsgrunnlaget for handlingsprogrammet. Vi ville da eventuelt inkludere publikasjoner, fortrinnsvis av randomiserte-kontrollerte studier (RCT'er), som hadde benyttet tiltakspakken som beskrevet ovenfor, men også litteratur som hadde undersøkt kun én eller noen få av de 4 enkeltkomponentene i programmet. Vi undersøkte til slutt referanselistene i publikasjonene for å kontrollere at relevante studier ikke ble utelatt fra gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget.

For søkene i databasene lagde vi PICO-spørsmål for hvert av de fire komponentene i tiltakspakken. PICO er et verktøy som kan benyttes for å klargjøre ens forskningsspørsmål og veilede søket etter litteratur, der hver bokstav representerer ett element ved problemstillingen (P=Patient/Problem, I=Intervention, C=Comparison, O=Outcome). Vi lette igjennom BMJ Best Practice, UpToDate og retningslinjene fra NICE for å finne relevante synonymer til søkeordene våre. Dette ledet til følgende søk for de ulike komponentene av tiltakspakken (ulike kombinasjoner av de presenterte søkeordene ble benyttet):

Komponent 1: Støtte av perineum

P – Delivery, Birth, Second stage; I – Ritgen, Hands-on, Perineal support; C – Hands-off, Hands poised, usual care; O – Anal sphincter tear*, anal sphincter rupture*, perineal damage, perineal trauma

Komponent 2: Ikke presse i hodets utdrivningsfase

P – Delivery, Birth, Second stage; I – Push*; C – Usual Care; O - Anal sphincter tear*, anal sphincter rupture, perineal damage, perineal trauma

Komponent 3: Restriktiv episiotomi og bruk av mediolateral eller lateral episiotomi

P – Delivery, Birth; I – Restrictive episiotomy, mediolateral episiotomy, lateral episiotomy; C – liberal episiotomy, medial episiotomy; O – Anal sphincter tear*, anal sphincter rupture, perineal damage, perineal trauma

Komponent 4. Visualisering av perineum

P – Delivery, Birth, Second stage; I – Position, Visualisation perineum, Movement C – (ingenting ført opp); O – Anal sphincter tear*, anal sphincter rupture, perineal damage, perineal trauma

2.3 Presentasjon av relevant litteratur

I tillegg til retningslinjene fra NICE og Norsk Gynekologisk Forening, ble det funnet relevant oppsummerende litteratur i BMJ Best Practice, UpToDate og The Cochrane Library.

Litteraturen når det gjelder støtte av den fødende kvinnens perineum ved utdrivning av barnets hode varierer både i estimert grad og retning av effekt når det gjelder sammenlikning av ulike tilnærminger, og det ser ikke ut til å være etablert noen internasjonal konsensus på dette området. To studier fra norske sykehus viser en klart statistisk signifikant reduksjon i insidens av analsfinkterruptur etter implementering av den tidligere beskrevne tiltakspakken som involverer bruk av perineal håndstøtte ved bruk av modifisert Ritgens håndgrep (1,2). Når det gjelder studier som har sett spesifikt på effekten av perineale støttemetoder er det derimot en viss diskrepans i resultatene på tvers av studier. Det finnes blant annet en RCT studie og en kvasi-eksperimentell undersøkelse som viser en negativ sammenheng mellom håndstøtte av perineum og mengden av grad 3-4 rupturer sammenliknet med ikke å gi perineal støtte (8,9). I tillegg har svenske forskere gjennomført en stor RCT som ikke viste noen forskjell i andel av perineale rupturer ved sammenlikning av modifisert Ritgen's metode og en enklere form for perineal støtte (10). En systematisk oversikt om dette temaet fra The Cochrane Library er i ferd med å ferdigstilles, og protokollen for

prosjektet er publisert (11) I tillegg planlegger en gruppe fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en re-analyse av data fra de to publiserte, norske undersøkelsene der man ved å benytte et interrupted time-series design vil korrigere for en nedadgående trend i insidensen av grad 3-4 rupturer på landsbasis som begynte allerede noen få år før studiene ble gjennomført ved de ulike sykehusene. (12). Det er derfor mulig at effekten som er rapportert i de norske studiene er noe overestimert.

Angående punktet om å instruere den fødende kvinnen til ikke å presse i utdrivningsfasen av barnets hode, fant vi ingen litteratur på dette ut over at det i noen av de kliniske retningslinjene, f.eks. i UpToDate, anbefales som en del av rutinen for å beskytte perineum (13).

Angående bruken av restriktiv episiotomi, er det funnet høy grad av evidens for at dette er å foretrekke fremfor en mer liberal praksis med tanke på risiko for perineale rupturer. Dette beskrives både i BMJ Best Practice, UpToDate, NICE retningslinjer og en systematisk oversikt i The Cochrane Library (7, 13-15). Mediolateral episiotomi ser i tillegg ut til å være å foretrekke fremfor medial episiotomi med tanke på risiko for perinealrupturer (15).

Det lyktes oss ikke å finne direkte relevant litteratur om visualisering av perineum utover studiene utført av ved de norske sykehusene, men dette vurderes uansett å være en nødvendig del av tiltakspakken dersom modifisert Ritgens metode skal kunne utføres korrekt. Angående punktet om at kvinnen ellers oppfordres til å bevege seg fritt rundt slik hun føler for under fødselen, er dette helt i tråd med anbefalingene i andre kliniske retningslinjer og systematiske oversikter, da det ikke finnes klar evidens i litteraturen for hverken positive eller negative effekter av ulike stillinger kvinnen kan innta (7,13,14,16).

I sum vurderer vi det slik at de norske studiene som har benyttet tiltakspakken vi har brukt som utgangspunkt for et forbedringsprosjekt ved fødeavdelingen på Akershus Universitetssykehus, demonstrerer en statistisk og klinisk signifikant positiv effekt på andelen av perineale rupturer av grad 3-4 ved vaginale fødsler. Det er derimot ikke entydig evidens i forskningslitteraturen når det gjelder effekten av hver enkelt komponent i tiltakspakken for seg, selv om tiltakene samlet sett ser ut til å være fordelaktige. I tillegg er det en mulighet for at graden av positiv effekt av

tiltaks pakken er noe overestimert, da det i de aktuelle studiene ikke ble korrigert for en allerede nedadgående trend i insidensen av perineale rupturer på landsbasis.

3 Forbedringsarbeidet

3.1 Retningslinjer ved AHUS

Ved AHUS har man et digitalt arkiv over de til enhver tid oppdaterte retningslinjene. I arkivet til Kvinneklinikken - Obstetikk fant vi retningslinjen ”Normal fødsel: Behandling” som omhandler rutine for jordmors adferd ved aktiv fase av normal fødsel. Retningslinjen var sist oppdatert 18.03.2010 av seksjonsoverlege Torgrim



Figur 1: von Ritgens håndgrep (REF 1)

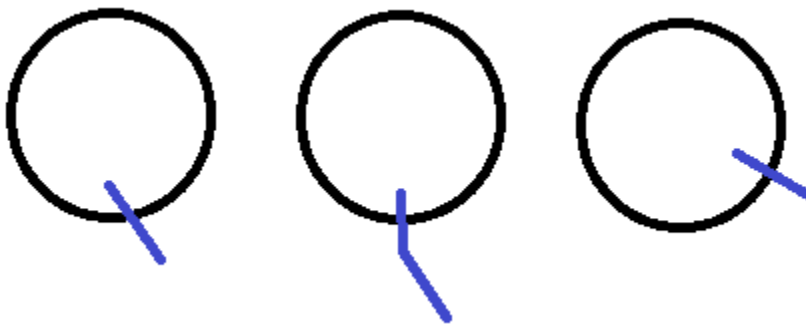
er i likevidden, og mormunnen er fullt utslettet”. 2) Forløsning av hodet foregår kontrollert, med bruk av von Ritgens håndgrep. 3) Episiotomi kun på indikasjon, denne skal noteres i protokollen og Partus. 4) Lege tilkalles ved avvik fra normal fødsel.

Sørnes [Vedlegg 1]. Hensikten med retningslinjen er å sikre at jordmødre utøver lik adferd under fødselen. Av relevans for vår problemstilling er følgende: 1) Aktiv trykking kan påbegynnes ”når kvinnen selv har trykketrang, og barnets hode står på bekkenbunnen, og pilsømmen

3.2 Praksis ved sykehusene

For å få en bedre forståelse av hva som er gjeldende praksis ved AHUS har vi som tidligere nevnt hatt møter med relevant internt personell (jordmødre og gynekologer) på fødeavdelingen. I samtale med begge yrkesgruppene på AHUS bekreftes det at de ansatte benytter seg av ulike forløsningsteknikker. Noen praktiserer ”hands off” andre ”hands on”, det sistnevnte i ulike varianter. Det er ikke rutine å instruere den fødende til ikke å presse i utdrivningsfasen av hodet. Den fødende bestemmer selv hvilken posisjon hun ønsker å inneha i fødselens siste fase, perineum er derfor ikke alltid

observerbar. Det er sjelden mer enn én jordmor tilstede under forløsningen. Holdningen til bruk av episiotomi er restriktiv, avdelingen ønsker å ligge ned mot 10% (17) [Vedlegg 2]. Episiotomiens plassering varierer mellom tre posisjoner blant de ansatte (se figur 2). Alle er klar over at medial plassering er ufordelaktig, dette benyttes ikke. Varianten hvor det klippes et kort stykke i midtlinjen for så å skrå lateralt er ifølge Dr. Laine beskrevet i en lærebok med opprinnelse i Bergen. Vi etterspurte begrunnelsen for de ulike plasseringene og fikk inntrykk av motvilje hos jordmødrene mot lateral plassering. Begrunnelsen gikk ut på at en lateral plassering innebærer stor risiko for skade av nerver, kjertler og muskulatur. Begrunnelsen for å klippe mediolateralt var at dette er det mest tøyelige området av perineum. Retningslinjene for normal fødsel beskriver at det skal legges en mediolateral episiotomi og har med en figur, men ikke nøyaktig hvor denne legges i grader [Vedlegg 2].



Figur 2: Plassering av episiotomi, fra venstre: mediolateral, ”mediolateral” modell fra Bergen, lateral.

Diagnostikk av sfinkterrupturer grad 3 og 4 ved avdelingen gjøres ved at vakthavende gynekolog tilkalles av jordmor når det mistenkes sfinkterruptur. Rupturer sys fortrinnsvis på operasjonsstuen med god bedøvelse, men avvik fra dette forekommer. Det ble poengtert fra jordmorsiden at det ofte var uerfarne gynekologer som både diagnostiserte og sydde rupturane, og at det ikke ble utført kontroller i etterkant. Retningslinjene fastsetter derimot at en bakvakt skal være tilstede ved reparasjon av sfinkterrupturer grad 3c og 4, disse skal også meldes til kvalitetsutvalget [Vedlegg 3]. Retningslinjene finnes derfor, men det virker ikke som om alle er oppdatert på disse.

3.3 Medisinsk Fødselsregister:

Tross tallene fra MFR, som viser at AHUS ligger høyt andel rupturer, kom det frem en mistillit til statistikkens troverdighet blant enkelte jordmødre. Påstanden var at

statistikk trukket ut fra journalsystemet Partus (benyttet ved AHUS) resulterer i høyere tall enn om man gjør tilsvarende fra andre ikke-navngitte it-systemer. Som en forklaring på AHUS' dårlige plassering i landsstatistikken ble det også sagt at jordmødre og leger ved sykehuset trolig er mer pliktoppfyllende i sin rapportering enn kollegaer ved andre sykehus, samt at de sannsynligvis overrapporterte sfinkterrupturer grad 3 og 4. Samtidig ble det trukket fram en antatt generell stor underrapportering av sfinkterrupturer grad 3a.

I samtale med jordmødrene fikk vi inntrykk av en holdning om at legeprofesjonen har det største ansvaret for å redusere forekomsten av sfinkterrupturer, begrunnet ved at det er vakuump- og tangforløsninger som har størst andel sfinkterrupturer. Dette er et viktig innsatsområde, men siden flertallet av fødsler skjer uten instrumentell forløsning (2010 ved AHUS: 2711 mot 315 vakuump og 37 tang), bør disse fødslene fokuseres på i minst like stor grad. 60% av sfinkterrupturene (56 av 93 tilfeller i 2010) skjedde ved vaginal forløsning uten bruk av tang eller vakuump. MFR viser at sfinkterrupturer grad 3 og 4 skjer ved i overkant av 10 % av forløsningene med både tang og vakuump, landsgjennomsnittet er henholdsvis 11,1% og 6,4%. For full effekt av den foreslåtte tiltakspakken må både leger og jordmødre innlemmes. Fra jordmorhold er det bemerket at leger er mindre flinke til å støtte perineum under utdrivningen.

3.4 Indikator

3.4.1 Prosessindikator: Vi foreslår en liste hvor de ansatte krysser av navnet sitt etter fullført praktisk øvelse under veiledning. Dette er raskt og enkelt og bør fungere godt i en hektisk hverdag. Den praktiske øvelsen gjennomføres ved at man lager en lett tilgjengelig øvingsstasjon med bekkenmodell. Avkrysningslisten bør være synlig og plassert samme sted som treningsstasjonen, overlege Laine har hatt gode erfaringer med dette (18). Indikatoren blir altså andel ansatte med fullført sertifiseringsprogram. Vi har vurdert postkasse for innlevering av utfylte sjekklister i forbindelse med fødsel, seksjonsjordmor mente imidlertid at dette kunne bli vanskelig basert på motvilje blant ansatte mot lignende under tidligere prosjekter.

3.4.2 Resultatindikator: Andelen sfinkterrupturer grad 3 og 4 bør brukes som resultatindikator. Vi ser denne som høyst relevant og valid (19). Den registreres kontinuerlig for hver fødsel og statistikk kan hentes ut fra Partus til enhver tid. Vi

anser indikatoren som pålitelig, da det er en god kultur blant jordmødre og gynekologer til å registrere sfinkterrupturer. Den er allikevel ikke upåvirkelig, og vil mest sannsynlig kunne påvirkes av en generell nedgang eller oppgang i andel rupturer.

3.5 Forbedringsmuligheter

Basert på våre samtaler mener vi det er rom for forbedring i forhold til alle tiltakene nevnt i punkt 1.1. For det første vil det være aktuelt med opplæring og standardisering i bruk av modifisert von Ritgens metode, håndgrepet skal også benyttes ved vakuump- og tangforløsninger.

Realistiske øvelser på bekkenmodell (utdypet senere), sikrer praktisk trening og det skapes tid og rom til å diskutere problemstillinger man kan komme ut for. Denne øvelsesstasjonen med informasjonsmateriell kan være plassert i nærheten av jordmødres og gynekologers arbeidsteder.

Det er allerede fokus på god kommunikasjon mellom den fødende og jordmor, forbedringsaspektet her ligger i fokuset på instruksjon i ikke å trykke i fødselens siste fase. I forbindelse med den praktiske treningen bør dette være i fokus, slik at de ansatte vet når den fødende trenger informasjon om dette. I tillegg er det viktig at dette tas opp med den gravide før fødselen er i gang.

Retningslinjene for episiotomi bør revideres og plasseringen bør presiseres. De ansatte må informeres om revisjonen. I forbindelse med dette bør man enes om episiotomienes plassering og form, og eventuelle misoppfattelser bør oppklares. Som hjelp kan det henges opp en oppklarende illustrasjon i tilknytning til øvingsstasjonen.

Med jevne mellomrom kan jordmødre observere hverandre for å sikre sammenfallende praksis. Det er fasen hvor hodet fødes som er aktuell for observasjon, dette vil være mulig å gjennomføre i den eksisterende arbeidshverdagen uten påvirkning av andre aktiviteter dersom motivasjonen er tilstrekkelig. På sikt burde det bli en rutine å observeres med jevne mellomrom, dette vil bidra til en kontinuerlig forbedring og oppdatering.

4 Implementering av prosjektet

Det kan være mange grunner til at en institusjon/institusjon må iverksette forbedringstiltak. Ofte kan det være krav utenfra i form av ny lovgivning, men det kan også komme som et resultat av uheldige hendelser på arbeidsplassen, innspill fra ledelsen eller insentiver fra ansatte (20). Oppdatert kunnskap er også et viktig insitament for å kvalitetsforbedre nåværende praksis. Grunnlaget for å lykkes i et forbedringsarbeid ligger i erkjennelsen av problemet. Det er videre ledelsen i en institusjon som har ansvar og beslutningsmyndighet i forhold til hvilke forbedringstiltak som skal iverksettes. Dette svaret gjenspeiler mange ledelsesutfordringer en institusjon har, først og fremst med tanke på god kunnskapsbasert praksis, videreformidling og motivering av ansatte i et forbedringsprosjekt (20). Det vil være flere behov for forbedring innenfor en institusjon, valg av forbedringsprosjektet man skal vie mest ressurser til, vil være en viktig avgjørelse i et ledelsesperspektiv. På et sykehus er det naturlig at pasienthensyn står høyt på dagsorden, men også det samfunnsøkonomiske aspektet. Ledelsen må også sørge for at det er satt av tid og ressurser til tilstrekkelig kunnskapsformidling til de ansatte. Når det er flere yrkesgrupper involvert i et forbedringsprosjekt, er det formålstjenelig å inkludere representanter fra hver av disiplinene som har delansvar for gjennomføringen av prosjektet.

Gjennomføringen av prosjektet struktureres i forhold til Demings sirkel (ofte kalt PDSA-sirkel – ”Plan” - ”Do”- ”Study” - ”Act”), som består av fire faser som forsterker trinn i forbedringsarbeidet (20). Planleggingsfasen kommer i en naturlig forlengelse av erkjennelsen av at det er behov for kvalitetsforbedring innenfor et fagområde. I denne fasen vil man ut ifra kunnskapsgrunnlaget og nåværende praksis konkretisere problemstilling, handlingsplan og fastsette mål for prosjektet. Målene bør være realistiske, målbare, tidsavgrenset og tydelige. På den måten er det størst sannsynlighet for at prosjektet lykkes i å nå overordnede mål. Avgjørende for å lykkes er også gode måleverktøy. Det er vanlig at man underveis i arbeidet med et forbedringsprosjekt finner bedre måter å gjennomføre deler av prosjektet på. Det bør naturligvis implementeres og endre praksis. Det gjenspeiler at det ofte kan være nødvendig å vurdere de enkelte fasene på ny i takt med utarbeidelsen av prosjektet. Med konkret problemstilling, handlingsplan og fastsatte mål, kan man starte opp med implementering av prosjektet. I denne fasen skal nødvendig opplæring, tidsplan og

eventuelle sjekklister komme med for å ha et mål på om endringene følges. ”Study” fasen omhandler kontroll av prosjektutførelsen i forhold til prosess- og kvalitetsindikatoren. Her vil det være nødvendig med kvantitative indikatorer. Det bør også inngå en kvalitativ indikator som gir informasjon om hvordan den ansatte opplever forbedringsprosjektet.

Dersom det er avvik i forhold til ønsket mål kan det være nødvendig med korrigeringer i prosjektet som kjennetegner siste fase i PDSA sirkelen. Det er ikke tilfeldig at fasene for gjennomføringen er satt sammen syklisk. Dersom det eksempelvis oppstår uventede utfordringer eller at man ikke oppnår fastsatte mål for prosjektet, er det nødvendig å planlegge på nytt i forhold til en eventuell korrigering. Derimot, dersom prosjektet lykkes i nå målene som fastsatt, skal det føre til nye retningslinjer for praksis og eventuelle andre endringer knyttet til gjeldende praksis i institusjonen.

4.1 Planlegging av prosjektet

Som tidligere nevnt har vi tatt utgangspunkt i et allerede gjennomført prosjekt, vi vil bruke materiale og metode fra dette. I planleggingsfasen har vi hatt jevnlig kontakt med Kathariina Laine, som nå er overlege på fødeavdelingen ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Ullevål. Vi adapterer prosjektutførelsen fra den allerede utførte intervensjonen, men har tilpasset prosjektet til lokale forhold ved fødeavdelingen på AHUS.

Vi har kartlagt klinisk praksis ved den aktuelle avdelingen gjennom møter med representanter for både jordmor- og legeprofesjonen. I 2008 ble det startet et prosjekt med jordmødre som målgruppe for å redusere frekvensen av grad 3 og 4 sfinkterrupturer i forbindelse med forløsning, dette ble ikke fullført. I samtalene med representantene, fikk vi forståelsen av at et forbedringsprosjekt for å redusere antall grad 3 og 4 sfinkterrupturer var av interesse for avdelingen. Det er derimot ikke en felles forståelse av hvor forbedringspotensialet ligger. Det er derfor tydelig at en av de største ledelsesutfordringene ligger i å formidle et oppdatert kunnskapsgrunnlag, samt å motivere til endring av praksis.

AHUS er et sykehus som har gjennomgått store endringer siden overflytting inn i nytt sykehus i oktober 2008, samt i forbindelse med etableringen av OUS. Vi har fått inntrykk av at de ansatte generelt er ”lei” av stadige praksisendringer. Det er derfor

viktig å vurdere ny praksisforbedring i forhold til å kunne opprettholde og videreføre tidligere endringer i avdelingen.

For å fremme fokus på komplikasjoner i forhold til grad 3 og grad 4 sfinterrupturer, og samtidig øke motivasjonen for å redusere antall sfinterrupturer i forbindelse ved vaginal- og instrumentell fødsel/forløsning, vil informasjon om kunnskapsgrunnlaget som støtter prosjektet være viktig. Også presentasjoner av de gjennomførte prosjektene og resultater presenteres. Denne informasjonen bør videreformidles i god tid før oppstart av prosjektet, gjerne ett år i forveien. Fora kan være de obligatoriske fagdagene for jordmødre, og faste ukentlige møter for leger. Det er også anbefalt å ha felles fora for leger og jordmødre med tanke på tverrfaglig samarbeid og motivasjon. Det skal utnevnes en gruppe ”ressursjordmødre” som skal ha ansvar for opplæring i prosjektperioden og videre på avdelingen når prosjektets implementeringsfase er avsluttet. Det kan skje på bakgrunn av anbefalinger fra ansatte i avdelingen eller direkte rekruttering på de obligatoriske fagdagene. Ved å lære opp ”ressursjordmødre”, som får grundigere opplæring og flere fødsler, vil denne kjernen av praktikanter kunne opprettholde og kvalitetssikre innlært praksis på avdelingen. Avdelingsoverlegen og avdelingsjordmor får ansvar for å innkalle til møter.

4.2 ”Do”/Utførelsen av prosjektet

Det ansettes en ekstern jordmor med mye kunnskap og lang erfaring med prosedyrene vi ønsker å innføre. Hun ansettes for en periode på ca 2 måneder, og vil gå i vanlig turnus slik at jordmødre får opplæring i metoden. Det skal i denne perioden være hovedfokus på ”ressursjordmødrene”, slik at de har best mulig forutsetning for å veilede på avdelingen.

Man tenker seg videre at det opprettes en stasjon med en bekkenmodell og en sjekklister for alle ansatte. I arbeidstiden vil man kunne få opplæring av ressursjordmødre eller leger som har fått ansvar for denne opplæringen. Stasjonen bør derfor være godt synlig i avdelingen slik at det er lett å få opplæring, og eventuelt observere andre som får opplæring. På den måten vil man ha oversikt over alle som har gjennomgått opplæringen. ”Sertifiseringen” av jordmødrene skjer derfor via teoretisk opplæring og gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget, samt praktisk opplæring på bekkenmodell. Videre kan det være nødvendig for den enkelte jordmor å få opplæring på stue av en ”ressursjordmor”. Man tenker seg at dette ikke involverer

ytterligere ressurser utover ansettelsen av en ekstern jordmor i to måneder. Opplæringen vil derfor skje i løpet av en vanlig arbeidsdag. Kurset er obligatorisk for alle på fødeavdelingen. I opplæringsprosessen vil det være fokus på vanlig vaginal forløsning, men også forløsning ved bruk av tang og vakuum for gynekologene.

Etter gjennomført trening på modell, vil ekstern ressursjordmor være med under fødslene og drive «hands-on» trening, d.v.s. aktivt veilede med sine hender over fødselshjelperens for å sikre riktig praksis. Hennes fokus er som sagt hovedsakelig å følge opp ”ressursjordmødrene”. Praktikanten skal støtte hodet ved venstre hånd for å kunne få kontroll over hastigheten av forløsningen av hodet. Høyre hånd skal støtte perineum og samtidig skal forløseren flektere langfingeren under den nyfødtes hakeparti. På dette tidspunktet skal kvinnen bli instruert til å la være å presse til praktikanten hjelper til å få hele hodet ut av vaginale introitus. Videre presses perineum under hakepartiet til den nyfødte. Under fødselen skal helsepersonell informere den fødende om at hun kan bevege seg slik at hun finner en posisjon som gir henne best mulig komfort. Men i de siste minuttene før fullført fødsel, skal forløseren ha god oversikt over perineum. Dersom episiotomi er indisert skal denne utføres lateralt eller mediolateralt. Siste del av opplæringen skjer også i klinisk praksis og omfatter kun kontroll/tilsyn av praktikanten i forhold til forløsningsteknikk.

4.3 ”STUDY”/Kontroll

Resultatindikatoren vil som nevnt være andel analsfinkterrupturer grad 3 og 4, tallene presenteres for de ansatte for å opprettholde motivasjon for ny praksis. Det er ingen direkte måte å følge opp at de ansatte gjennomfører tillært teknikk. Jordmor og lege er ”sertifisert” når de har gjennomgått kurset. Dette gjenspeiler igjen behovet for å sikre motivasjonen gjennom kunnskapsformidling, slik at enhver forstår nødvendigheten av kvalitetsforbedringen.

4.4 ”ACT”/Korreksjon

Dersom antall sfinkterrupturer grad 3 og 4 reduseres etter innføring av ny standardisert praksis, vil det være nødvendig å skrive nye retningslinjer for fødeavdelingen. Generelt i forbedringspraksis er det nødvendig med jevnlig målinger og tilbakemeldinger for å opprettholde praksis. Derfor ser en for seg at man årlig kan bruke fagdage for jordmødre og møter for leger for å rekapitulere ny praksis. Det vil være nødvendig med jevnlig oppfriskning. Dette holdes av de omtalte

ressursbrukerne, disse har også ansvar for kontinuerlig motivasjon av de ansatte for å holde på de rutineene samt lik opplæring av nyansatte.

5 Evaluering

Målet med prosjektet er å få til en reduksjon i antall sfinkterrupturer grad 3 og 4, som vi også har satt som resultatindikator, evalueringen må derfor skje i forhold til denne. Resultatindikatoren hentes ut fra Partus, og vi ser for oss presentasjon og sammenlikning mot indikatoren før iverksetting av tiltakspakken på evalueringsmøter seks måneder og ett år etter oppstart. Ved sammenlikning kan man finne ut om tiltaket har resultert i signifikant redusert andel sfinkterrupturer grad 3 og 4. Får man et fall av resultatindikator er det viktig å sjekke om dette er grunnet i innføring av tiltakspakken og ikke en mer generell nedadgående trend i sfinkterrupturer grad 3 og 4. Dette kan man kontrollere ved å sammenlikne tallene fra MFR innad ved andre fødeavdelinger. Vi mener også at det vil være gunstig å ha en evaluering av prosjektet i form av et standardisert skjema tilsendt på e-post. På den måten kan man få en oversikt over hvordan den enkelte har erfart implementeringsprosjektet hvordan eventuelt arbeidssituasjonen har blitt påvirket. Det vil også være en fin måte å få gode innspill og ideér for ytterligere kvalitetsforbedring.

6 Diskusjon

Med bakgrunn i tall fra MFR som viser at AHUS ligger over landsgjennomsnittet i andel grad 3 og 4 rupturer for vaginale fødsler, samt de alvorlige følgene disse fødselskadene kan ha, ønsket vi å utvikle et forslag til implementering av en tiltakspakke allerede gjennomført ved fem norske sykehus med fall i insidensraten av sfinkterrupturer som resultat. Vi forstår at et slikt prosjekt er enda en rutine å forholde seg til, og at man kan møte motstand når dette skal implementeres i den daglige driften. Imidlertid er dette en tiltakspakke med mange positive utfall, både for pasientene og de involverte helsepersonell, at en eventuell motstand bør være mulig å overkomme. Her vil det være essensielt at de ansatte ved avdelingen får et eieforhold til prosjektet, samt at de føler dette er betydningsfullt og at de selv bidrar til noe positivt.

I planleggingsfasen fant vi forbedringspotensiale ved fødeavdelingen i forhold til alle tiltakene i det foreslåtte handlingsprogrammet (se avsnitt 3.5). Vi oppdaget også hvilke ulike holdninger profesjonene hadde til hverandre angående ansvaret om å redusere forekomsten av sfinkterrupturer (se avsnitt 3.5). Organiseringen av prosjektet er derfor tenkt som et tverrfaglig samarbeid mellom gynokologer og jordmødre. Utfordringen generelt ligger i forandring av allerede etablert praksis og holdninger blant de involverte i avdelingen som vil kreve tid og ressurser. Vi fikk ikke inntrykk av at det foreligger noen direkte motstand fra noen av yrkesgruppene i en implementering av et standardisert forbedringsprosjekt og vårt inntrykk er at det er et ønske om å redusere andelen rupturer. Allikevel la vi merke til en viss ambivalens rundt ønske om å innføre prosjektet, noe som kan ha med manglende motivasjon og som dels kan skyldes et mislykket tidligere forsøk på reduksjon av sfinkterrupturer som ikke var standardisert, og dels alle endringer man måtte forholde seg til etter overflyttingen fra gammelt til nytt sykehus siden høsten 2008. Med sistnevnte forhold har man også mulighet til å vri dette til noe positivt i avdelingen siden dette medfører at de faktisk har en del erfaring med omstillingsprosesser og at man kan bruke erfaringene fra det tidligere forsøket med tanke på organisering og ressursbruk til å gjøre vårt standardiserte forbedringsprosjekt mer fordelaktig og lukrativt. Uansett er dette generelt holdninger som også er kjent fra de andre fødeavdelingene ved de fem sykehusene vi viser til. Erfaringer fra disse sykehusene var at så fort de involverte ble klar over hvordan deres praksisendringer medførte resultater, så man en positiv endring i holdning blant majoriteten av helsearbeidere for denne praksisendring.

Implementeringen og organiseringen av tiltakspakken krever ikke mye ekstra ressurser utover ansettelsen av en ekstern jordmor for en to måneders periode. Opplæring vil foregå på dagtid i ordinær arbeidstid, og eneste strukturelle forandring på avdelingen vil være at det opprettes en øvelsesstasjon med en bekkenmodell og informasjonsmateriell.

Vi har under arbeidet fått en sterk tro på at innføring av dette prosjektet vil være gunstig. Evidensgrunnlaget for tiltakene i tiltakspakken er best dokumentert for perineal støtte og restriktiv bruk av episiotomi. Resultatene tyder likevel på at det i sum vil være en vesentlig positiv gevinst ved implementering av denne pakken. Som

allerede nevnt baserer prosjektet seg på en tiltakspakke allerede implementert ved fem norske sykehus med dokumenterbar effekt og som burde være gjennomførbar. Hovedutfordringen blir å overkomme ambivalensen og den manglende motivasjonen for å gyve løs på et slikt prosjekt. Heldigvis er det en erkjennelse av et for høyt antall grad 3 og 4 rupturer og også et behov for et forbedringsprosjekt med tanke på å redusere rupturene. Vår forventning er at vårt prosjekt kan bidra til en slik forbedring. De enkle tiltakene og de helsemessige gevinstene kan være oppnåelige for enhver obstetrisk avdeling med høy andel av sfinkterrupturer grad 3 og 4. Vi syntes derfor at forbedringsforslaget bør publiseres.

7 Referanser

1. Laine K, Pirhonen T, Rolland R et al. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(5): 1053-7.
2. Hals E, Oian P, Pirhonen T et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2010; 116(4) :901-8.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Perineal Repair. Guideline no 23. London RCOG Press; 2004.
4. Norsk Gynekologisk Forening. Veileder i fødselshjelp 2008. Perinealruptur. <http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>. (10.06.2011)
5. Medisinsk fødselsregister. Fødestitustjonsstatistikk 2009-2010. Intern rapport nr.2, november 2010.
6. Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. 2006. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. IntrapartumCare. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36275/36275.pdf> (05.06.2011)
8. McCandlish R, Bowler U, van Asten H et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998, 105: 1262-1272.
9. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med* 2002, 47: 477-482.
10. Jonsson ER, Elfaghi I, Rydhstrom H et al. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008, 112: 212-217.
11. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3 2007.
12. Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. Prosjekter. <http://www.kunnskapssenteret.no/Prosjekter/The+impact+of+an+interventional+program+employing+a+hands->

on+technique+to+reduce+the+incidence+of+anal+sphincter+tears%3A+An+interrupted+time-series+re-analysis.11952.cms (03.06.2011)

13. UpToDate. Management of normal labor and delivery.

http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?source=search_result&selectedTitle=6%7E24 (05.06.2011)

14. Kettle C, Tohill S. Perineal care. Clin Evid (Online). 2011.

15. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009.

16. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004

17. Personlig meddelelse fra avdelingsjordmor ved AHUS

18. Personlig meddelelse fra lege Katariina Laine

19. Schreiner A. Kom i gang, Kvalitetsforbedring i praksis. Den norske legeforening; 2004

20. Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1103 (04.06.2011)

21. Kaufmann G, Kaufmann A. Psykologi i organisasjon og ledelse. 2 ed. Fagbokforlaget; 1998.

Normal fødsel: Behandling

Utarbeidet ved:	Ahus/Kvinneklinikken
Versjon:	1.3
Erstatter:	1.2
Revisjonsendring:	
Dokumentet angår:	Alle ansatte ved denne enhet
Dokumenttype:	Ahus mal
Forfatter:	Seksj.overlege Torgrim Sørnes
Dokumentadministrator:	Seksj.overlege Torgrim Sørnes
Godkjent av:	Sørnes, Torgrim (Seksj.overlege)
Dato:	18.03.2010
Følgende har uttalt seg:	
Gjelder for enheter:	Kvinneklinikken (Ahus -)
Dokumentkategori:	PASIENTBEHANDLING/Obstetrik - Medisinskfaglig

1. Hensikt

Etablere skriftlige rutiner for jordmors adferd ved en normal fødsel, aktiv fase

2. Omfang

Fødeavdelingen

3. Grunnlagsinformasjon

WHO guidelines

4. Arbeidsbeskrivelse

4.1 Ansvar

Jordmor

4.2 Handling

Det forutsettes her at kvinnen er  en normal gravid

- Kontrollere fosterlyd hyppig før og etter ri de første 20 minutter etter innkomst. Dette gjentas under fødselsforløpet med 3 til 4 timers mellomrom.
- For øvrig lyttes minst en gang hver 1/2-time i åpningstidens aktive fase.
- Vaginalundersøkelse ved innkomst og etter to timer. I løpet av fire timer skal man se progresjon (gitt at kvinnen er i aktiv fødsel, ikke latensfase). Hvis ikke progresjon er fødselen patologisk og tiltak skal settes i verk. Denne progresjonen vurderes ut ifra
 - o Mormunnens posisjon, konsistens og åpning
 - o Hodets stilling og innstilling i bekkenet
 - o Rie-aktiviteten
- Under utdrivningstidens aktive fase (trykktiden) skal det lyttes etter hver ri.
- Dersom denne fasen varer mer enn en halv time, skal CTG/STAN påkobles.
- Aktiv trykking kan påbegynnes når kvinnen selv har trykкетrang, **og** barnets hode står på bekkenbunnen,

og pilsømmen er i likevidden, og mormunnen er fullt utslettet. Ethvert avvik fra dette bør gjøres på en indikasjon.

- Forløsning av hodet foregår kontrollert, med bruk av von Ritgens håndgrep.
- Episiotomi kun på indikasjon. Denne skal noteres i protokollen og Partus.
- Oxytocin etter barnets fødsel er ikke rutine, men skal gis på indikasjon.
- Uterus skal kontrolleres etter morkakens forløsning, og igjen med periodiske intervaller frem til kvinnen overføres barselpost. Morkaken skal inspiseres.

Alle funn og tiltak skal dokumenteres, helst på partogram; hvis dette imidlertid oppleves uhensiktsmessig, så må man bruke journalen som dokumentasjonsmedium.

Ved avvik fra den normale fødsel (se egen prosedyre for definisjon) skal lege informeres.

X. Vedlegg

Inngrep - episiotomi (v. 1.3)
Utarbeidet ved: Ahus/Kvinneklubben

Godkjent av: Sørnes, Torgrim
(Seksj. overlege)
Dokumentet angår: Alle ansatte ved denne
enhet

1 Hensikt

Etablere regler for bruk av episiotomi

2 Omfang

Fødeavdeling

3 Grunnlagsinformasjon

Jerker Liljestrand. Episiotomy policies in vaginal births: RHL commentary (last revised: 20 October 2003). The WHO Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006. www.rhlibrary.com

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999

ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006.

4 Arbeidsbeskrivelse

4.1 Ansvar

Jordmor/lege

4.2 Handling

Å begrense bruken av episiotomi til strenge indikasjoner har mange fordeler. Det blir mindre skade på perineum, mindre behov for suturering og færre komplikasjoner. Episiotomi gir ikke mindre smerter eller noen beskyttelse mot sfinkterskade, men kan tvert imot øke risiko for fortilrifter.

Det antas at akseptabel bruk av episiotomi ligge rundt 10 % av alle fødsler

Indikasjoner for episiotomi:

- Truende asfyksi
- Truende perinealruptur

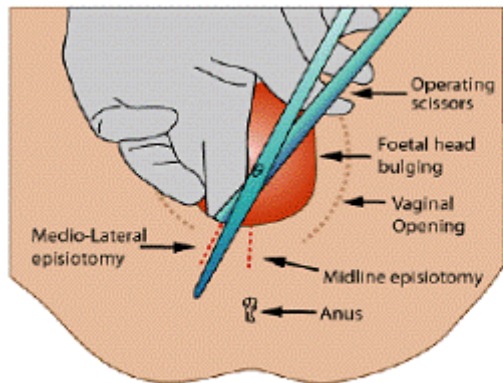
Metode:

Infiltrasjonsanalgesi, hvis ikke kvinnen allerede har en epidural, spinal eller pudendalanalgesi. Praksis med å utføre episiotomi uten noen form for bedøvelse er ikke tillatt uten i tvangstilfelle, og skal da begrunnes i operasjonsbeskrivelsen. Dersom man er i en slik tvangssituasjon, lønner det seg å legge episiotomien under en ri, ikke mellom riene.

Mediolateral episiotomi gir minst alvorlige komplikasjoner sammenlignet med median episiotomi. Det er derfor mediolateral episiotomi som skal brukes.

Inngrepet utføres med saks, etter at man har latt analgesien få virke.

Ved suturering skal adekvat analgesi gis – ingen unntak.



Sfinkterskade: Gradering (v. 1.2)
Utarbeidet ved: Ahus/Kvinneklinikken

Godkjent av: Sørnes, Torgrim
(Seksj.Overlege)
Dokumentet angår: Alle ansatte ved denne
enhet

1. Hensikt

Innføre detaljerte retningslinjer for inndeling av sfinkterrupturer

2. Omfang

Fødeavdelingen (N-12)

3. Grunnlagsinformasjon

RCOG guidelines

4. Arbeidsbeskrivelse

4.1 Ansvar

Leger ved fødeavdelingen

4.2 Handling

Leger ved fødeavdelingen

X. Vedlegg

- Grad 1: Hud og vaginalslimhinne kun, ikke muskulære skader
- Grad 2: Muskulatur (ytre perinealmuskulatur) men ikke sfinkter ani.
- Grad 3 a: Det er kommet en skade i ytre analsfinkter, men i mindre enn 50 % av sfinkterens tykkelse.
- Grad 3 b: Det er kommet en skade i ytre analsfinkter, i mer enn 50 % av sfinkterens tykkelse, men ikke i indre sfinkter
- Grad 3 c: Det er kommet en skade i indre analsfinkter, men rektalslimhinnen er intakt
- Grad 4: Både indre og ytre sfinkter er skadet, og det er tilkommet rift i slimhinnen i rektum.

Dess alvorligere grad, jo viktigere er det å sy denne under gode betingelser. Gode betingelser vil i dette tilfelle fortrinnsvis si operasjonsstuen med god bedøvelse (for eksempel spinal). Hvis assistentlegen ikke har betydelig erfaring, skal bakvakt være til stede under inngrepet ved grad 3 c og 4.

OBS [etterbehandling](#)

Sfinkterskade grad 3c og 4 ansees som betydelig skade på pasient og skal derfor meldes til kvalitetsutvalget av den legen som suturerer dem.

