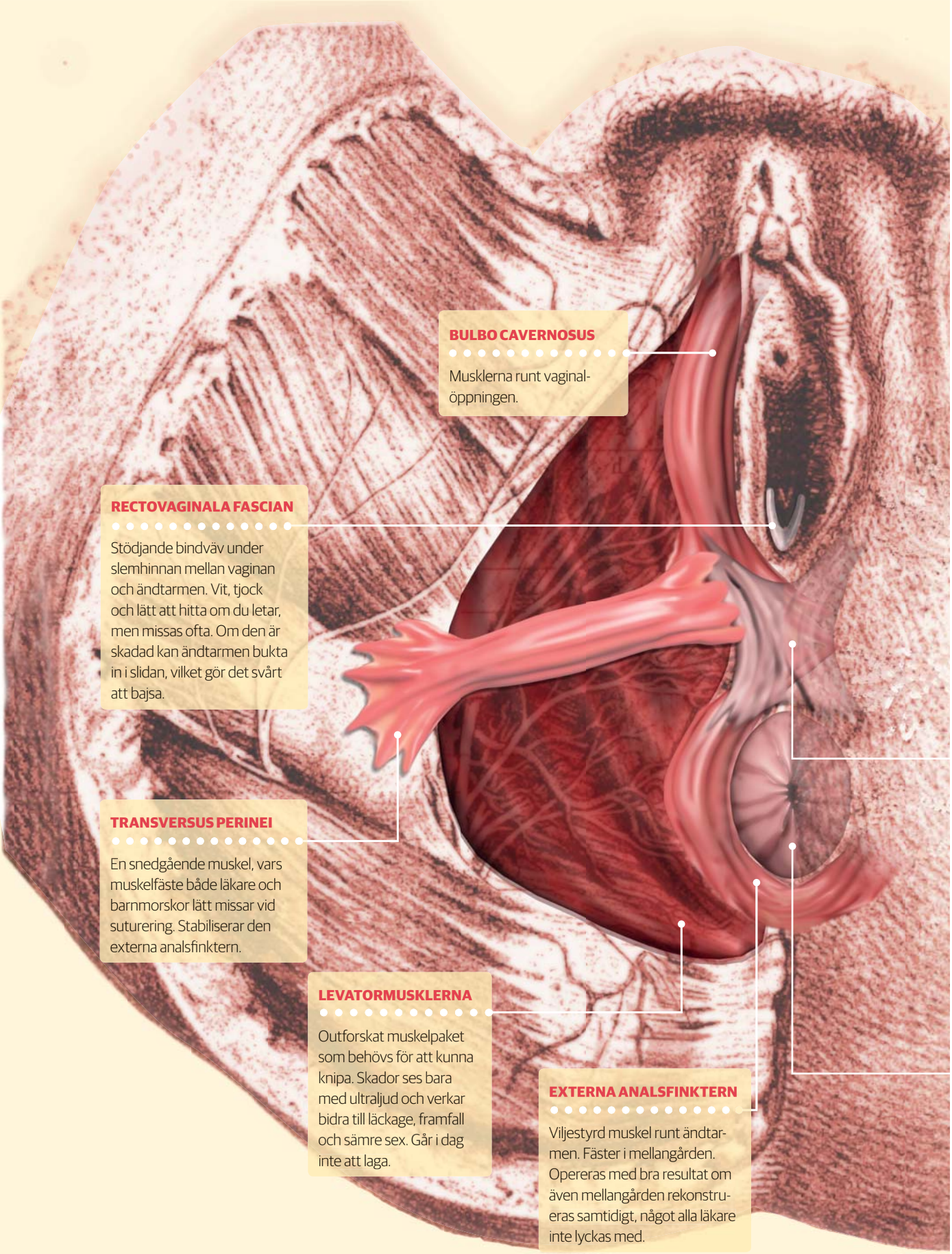

BULBO CAVERNOSUS
Musklerna runt vaginal-öppningen.
RECTOVAGINALA FASCIAN
Stödjande bindväv under slemhinnan mellan vaginan och ändtarmen. Vit, tjock och lätt att hitta om du letar, men missas ofta. Om den är skadad kan ändtarmen bukta in i slidan, vilket gör det svårt att bajsa.
TRANSVERSUS PERINEI
En snedgående muskel, vars muskelfäste både läkare och barnmorskor lätt missar vid suturering. Stabiliserar den externa analsfinktern.
LEVATORMUSKLERNA
Outforskat muskelpaket som behövs för att kunna knipa. Skador ses bara med ultraljud och verkar bidra till läckage, framfall och sämre sex. Går i dag inte att laga.
EXTERNA ANALSFINKTERN
Viljestyrd muskel runt ändtarmen. Fäster i mellangården. Opereras med bra resultat om även mellangården rekonstrueras samtidigt, något alla läkare inte lyckas med.

14

av 18 granskade förlossningsskador finns det ingen evidensbaserad kunskap om, konstaterar SBU.

Outforskad kroppsdel

Förlossningsskador. En tumme i slidan för att kunna bajsa. Dåligt sex och omöjliga knipövningar. Kvinnor har större problem efter vaginala förlossningar än vad vården tidigare förstått.

TEXT **JENNY KALLIN** ILLUSTRATION **GUNILLA ELAM**

PERINEUM

Här möts underlivets muskler i ett viktigt nav. En mellangård med hela muskelfästen och vävnader är cirka tre centimeter tjock mellan slidan och ändtarmen. Musklerna samverkar och ger stabilitet.

INTERNA ANALSFINKTERN

En förtjockning av ändtarmens muskelrör som signalerar till hjärnan när det är dags att bajsa. Skador måste upptäckas och opereras direkt, annars drabbas man av läckage.

Gunilla Tegerstedt, läkare på bäckenbottencentrum i Huddinge utanför Stockholm, stänger datorn. Hon har just visat bilder på kapsejsade mellangårdar. Det är så här många kvinnor ser ut. Avståndet mellan slidan och anus är minimalt. Huden som en slapp hängmatta av skinn. Några har hunnit få framfall.

Hennes senaste patient hade tonårsbarn och har gått med sina bekymmer i många år. Andra kommer några månader efter sin förlossning.

GRAD TVÅ-BRISTNINGAR, dit även klipp hör, läker oftast snabbt och ger sällan långsiktiga problem, enligt Socialstyrelsen. Men det stämmer inte med många mammors verklighet. De flesta som söker vård efter vaginala förlossningar har inte några missade skador på ändtarmens knipmuskel, som det varit mycket fokus på under senare år. Den största gruppen patienter på exempelvis svenska bäckenbottencentrum är kvinnor som fått mellanstora bristningar i underlivets muskler och vävnader när de fött barn vaginalt.

Det finns en del i den här gruppen som har odiagnostiserade analsfinkterskador. Men oftast handlar det om att musklerna i mellangården inte hänger ihop. Att den som sytt inte fått tag i ett viktigt muskelfäste eller en fascia. Att någon sytt för mycket eller att stygnen gett besvärande ärr.

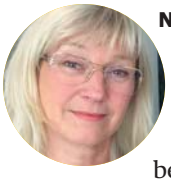
MÅNGA HAR sökt vård tidigare men bara fått höra att de ser ”fina ut” och att den som fött barn får räkna med lite förändringar i underlivet. Knipövningar är det vanligaste receptet. Men att knipa utan muskler i mellangården är som att stå på tå utan hälsena, det går inte.

När Gunilla Tegerstedt frågar kvinnorna om deras sexliv så är det oftast första

gången någon från vården ens ställer frågan. När samtalet glider över till problem med att bajsa är det inte ovanligt att patienten aldrig tidigare berättat för någon annan att hon måste sticka in tummen i slidan och hålla emot för att få ut bajset.

Detta finns beskrivet i en avhandling från slutet av 1990-talet där två tusen kvinnor ingick, 40 och 60 år gamla. Den visar att 14 procent av de tillfrågade kvinnorna behövde använda ”tumtricket” för att kunna bajsa. Författaren är Eva Uustal, i dag ansvarig för bristningsregistret och läkare på bäckenbottencentrum i Linköping.

– Det här är en vanlig grej som kvinnor som fött barn sysslar med. Min dröm är att det i framtiden ska bli något vi pratar om som ”gud vad höll vi på med”, säger hon.



Eva Uustal

NU VERKAR en ny generation kvinnor ha tröttnat på det här och på andra symtom, som att vaginan känns vidöppen, tampongen glider ur och slidan pruttar. Sex känns obehagligt, inte alls eller gör ont. Allt fler söker för nya besvär och vill bli tagna på allvar av vården.

I ETT nytt läranderum på förlossningen på Huddinge sjukhus sitter två barnmorskestudenter och syr. Det är uppladdning inför examinationen i suturering.

I dag är det bara två svenska barnmorskeutbildningar som praktiskt prövar sina studenter i att reparera bristningar. Sophiahemmets högskola började med detta i höstas, Karolinska institutet, KI, nu i våras. Framför allt ses examinationen som ett viktigt tillfälle att lära sig.

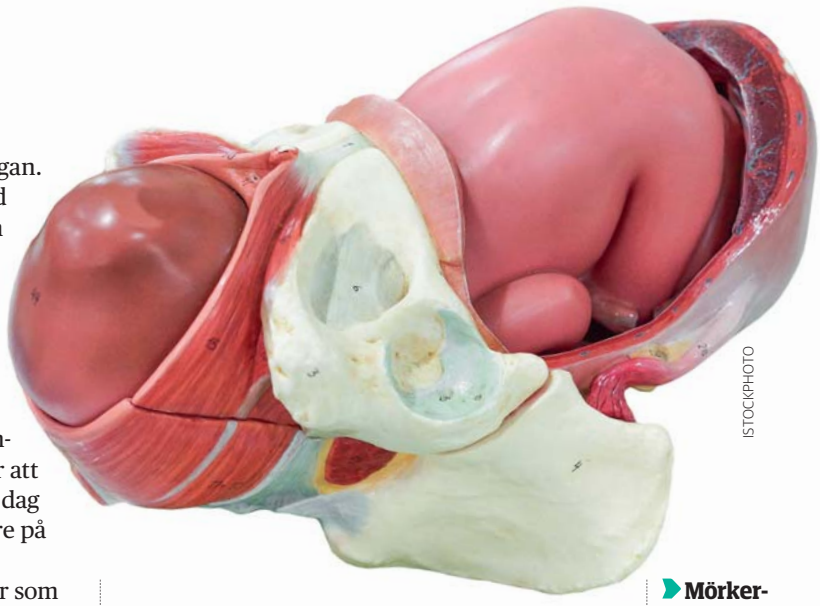
ENLIGT EN undersökning bland studenterna på KI:s termin tre är glappet stort mellan vad de lär sig på utbildningen och vad de möter ute på praktik. Studenternas upplevelse är att barnmorskor i praktisk verksamhet lagar bristningar lite som de tycker blir bäst själva. Det finns inga nationella riktlinjer. Därför kan förlossningsklinikernas sutureringspaket innehålla olika saker.

Eftersom grad två-bristningar inte registreras och följs upp finns det ingen återkoppling. Hur mammor som blivit sydda i underlivet mår när svullnaden lagt sig, såren läkt och åren gått får barnmorskor och läkare i förlossningsvården ingen kunskap om.

ATT UNDERLIV som gått sönder under en förlossning ska undersökas noga och sys har inte alltid varit självklart. Barnmorskan, forskaren och utbildaren Ann Olsson har själv gjort en resa från att i slutet av 1990-talet tro på att mindre grad två-bristningar läker bäst själva till att tio år senare börja göra allt hon kan för att lära barnmorskor att sy bättre.

Den naturliga läkningen förespråkades bland annat på en del barnmorskeledda kliniker. Även i dag kan det förekomma att bristningar kommenteras med orden ”det faller väl samman”.

Sedan några år tillbaka har kunskapen börjat nå ut brett om hur viktigt det är att sy bristningar ordentligt. Att det inte bara handlar om att stänga igen hålet och göra några snygga stygn utan koll på underlivets komplicerade anatomi.



ISTOCKPHOTO

Mörkertalet är stort för hur många som skadas vid vaginal förlossning.

JOHAN ADELGREN

Ann Olsson

Det här har hänt

1996

- Bara 1 av 10 förlossningsläkare har formell utbildning i att sy analsfinkterskador
- Den viktiga interna sfinktern uppmärksammas i svensk forskning, blir först 18 år senare en del i klassificeringen analsfinkterskada.

2004

- Allvarliga bristningar når en toppnotering, 7 procent av förstföderskorna drabbas.

1995 — 2000 — 2005

Det är svårt att se i ett blodigt, svullet underliv vad som är skadat.

Kurser i suturering hålls både här och där. Men Ann Olssons uppfattning är att det ofta sker på engagerade medarbetares egna initiativ. Många arbetsgivare verkar ännu inte ha uppfattat kunskapsluckan och tagit ansvar för att laga den.

PÅ EN storbilds-tv håller en kvinna på att föda barn i ett badkar. Framför står barnmorskor och tittar intresserat, småpratar och äter fetaostsallad från vita mingeltallrikar. Det är nordisk barnmorskekongress på Svenska mässan i Göteborg.

En hel eftermiddag ägnas åt bristningar. Mycket är på gång. Ny forskning presenteras och erfarenheter delas. Utbildningssatsningar har fått goda resultat lokalt. Alla vill bli bättre. En önskan som hänger ihop med en ökad medvetenhet om hur vanligt det faktiskt är att kvinnor får besvär med underlivet efter vaginala förlossningar.

– Vi har inte förstått hur många som har problem. Många kvinnor har inte sökt vård eftersom det här varit ett tabuområde, säger barnmorskan Malin Edqvist, en av föredragshållarna.

Detta gäller även barnmorskor som drabbats av bristningar när de fött barn. När Malin Edqvist i undervisningssituationer visar bilder på underliv som borde se annorlunda ut får hon kommentarer från kolleger som känner igen sig och konstaterar att de måste ta tag i sina egna problem, berättar hon.

PRECIS SOM många andra forskare riktar Malin Edqvist nu in sina studier på grad två-bristningar. Sfinkterskador börjar vården få ganska bra koll på. Men de betydligt vanligare bristningarna, de lite mindre, har hittills inte tagits på tillräckligt stort allvar.

I Östersund handleder läkaren Pär Nordin ett nystartat forskningsprojekt där alla förstföderskor undersöks med tredimensionellt ultraljud. Han hoppas få svar på några obesvarade frågor: Vilka bristningar ger mest besvär på lång sikt? Hur vanliga är problemen efter grad två-skador? Vilka skador missas med dagens diagnostik?

Han blev förvånad och upprörd när han insåg hur lite forskning det finns, framför allt om mindre och halvstora bristningar som drabbar så många. Samma sak kom Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, fram till i sin senaste rapport. Kunskapsluckorna är omfattande.

– Med tanke på att nästan hälften av jordens befolkning föder barn så är det skandalöst dåligt undersökt. Jag är övertygad om att det finns ett genusperspektiv, att det sett annorlunda ut om män födde barn, säger Pär Nordin.

KVINNANS UNDERLIV är omgärdat av tabun och känslor. Det är inte länge sedan det diskuterades om det är kränkande eller inte att känna i rumpan på en nyförlöst, en undersökning som är nödvändig för att utesluta skador som kan ge allvarliga livslånga problem.

Nu verkar underlivet börja hanteras som en vanlig kroppsdel som ska undersökas och behandlas professionellt. Äntligen ska kvinnor få hjälp.

Men vad händer med alla som redan passerat förlossningsvården? Som inte hunnit få några symtom, eftersom kroppen är så finurlig att den kompenserar för svagheter så länge den orkar.

– Många kvinnor lägger skulden på sig själva. De tror att deras besvär är normala och att de knipit för dåligt, säger läkaren Eva Uustal.

Hon frågar sig om det är etiskt försvarbart av en gynekolog att inte berätta för en kvinna att hon har en svag mellangård om det blir uppenbart när hon söker vård för något helt annat.

– Det är tveksamt om man ska våga lyfta på locket här. Vi kommer att få väldigt mycket att göra, vi som lagar, säger Eva Uustal.

”Jag är övertygad om att det finns ett genus-perspektiv, att det sett annor-lunda ut om män födde barn.”

2011

Uppdrag granskning sänder reportaget ”Spricka hela vägen”.

2013

Löf, patientskadeförsäkringen, startar projektet ”säker förlossningsvård” med fokus på bristningar.

2016

SBU-rapport om analsfinkterskador konstaterar stora kunskapsluckor.

Födelsevrålet och Våga vägra förlossningsskador startar, patientgrupper som lobbar för bättre förlossningsvård.

2010

För att inte skynda på förlossningen mer än nödvändigt används värkstimulerande dropp mer försiktigt, berättar barnmorskorna Tina Johansson och Eva-Lotta Segerdahl.

BÖRJA PRATA OM DET!

Framsteg. På Östra sjukhuset i Göteborg har barnmorskorna lyckats halvera analsfinkterskadorna på två år.

Barnmorskan Tina Johansson hinner bara ta ett bett av sina ljusrosa kaviarmackor. Hon har mycket att berätta. Under två år har hon haft mer än hundra enskilda samtal med kolleger. Ett varje gång någon förlöst en kvinna som spruckit i ändtarmsmuskeln.

Det är inte bara kvinnornas stora skräck, även barnmorskornas. Tina Johansson har gjort arbetskamrater både arga och ledsna med sina detaljerade frågor: Hur var stämningen på rummet? Fick du med dig kvinnan? Hur såg mellangården ut?

– Det här är känsligt. Du känner dig så himla skyldig som barnmorska när det är en stor ruptur.

Men med det strukturerade samtalet går det ofta att hitta en trolig orsak till skadorna. Barnmorskorna kan använda en jobbig upplevelse till att utvecklas, i stället för att fastna i eget ältande och skuld – vilket är vanligt, visar forskning.

– Jag kom vidare och fick lättare att gå in i ett förlossningsrum igen, säger Maria Lind, en av många på avdelningen som gått stärkt från ett samtal med Tina Johansson.

Två fransyskor hjälper till när barnmorskorna på Östra sjukhuset i Göteborg syr bristningar.

INDIVIDUELL ÅTERKOPPLING är en del av ett större utvecklingsprojekt, som tydligt visar att en medveten och långsiktig satsning på att få ner antalet bristningar ger resultat. I dag förlöser barnmorskorna på Östra sjukhuset med större medvetenhet om vad de kan – och inte kan – göra för att förhindra skador på bäckenbotten.

Alla har fått praktiskt utbildning. De jobbar två och två i slutet av förlossningarna och vad som görs för att undvika bristningar har blivit en naturlig del av den feedback kollegerna ger till varandra. Det kan handla om allt ifrån hur du håller dina händer till hur du påverkas av stressade doktorer och stämningen på rummet. Den vanligaste omständigheten när det blir en svår bristning är att förlossningen av någon anledning gått för fort, berättar Tina Johansson.

NÄR DET gäller att förebygga bristningar så finns det i dag ingen forskning som belägger att en viss förlossningsställning är bättre än en annan. Inte ens perinealskyddet som de flesta använder finns det stark evidens för. Det enda som har visst belägg i forskningen är varm handduk mot underlivet och långsamt kontrollerat framfödande. Detta visas bland annat i en ny studie från Danderyds sjukhus utanför Stockholm där kvinnor fått krysta spontant, men barnmorskan gått in och bromsat och sedan sett till att huvudet föds fram i slutet av en värk och kroppen på nästa.

Barnmorskorna på Östra sjukhuset har tagit inspiration från Norge och jobbar sedan ett år tillbaka med ett mer utvecklat perinealskydd. Knogarna eller handflatan hålls kvar i ett tryck mot mellangården efter att huvudet kommit ut. De låter barnets kropp rotera utan hjälp. Vid nästa värk håller barnmorskan ihop barnets axlar om det behövs och skyddar muskler och vävnader från den bakre axeln. Mamman andas och barnet föds fram lugnt och försiktigt.

GENOM ATT prata mer har barnmorskorna kommit på idéer som de förvånat konstaterar att de borde ha tänkt på tidigare. Till exempel får alla nyförlösta i dag en bra bedövning innan de undersöks i slidan och rumpan. Det gör undersökningen lättare, samtidigt som mamman

> ”Du känner dig så himla skyldig som barnmorska när det är en stor ruptur.”

får en lugn stund tillsammans med sitt nyfödda barn på bröstet.

Barnmorskorna hittar nu skador som de tror att de kan ha missat tidigare. Exempelvis rupturer på analsfinktern hos kvinnor som fortfarande har en helt oskadad mellangård.

DEN SUTURERING som barnmorskorna ansvarar för har också utvecklats. Bland verktygen finns numera två fransyskor (se bild) som är till hjälp för att få tag i alla muskelfästen när mellangården sys ihop.

– Det finns ingen här som fram till för två år sedan varit lika säker på att man sytt ihop alla muskler, som vi är i dag, säger Tina Johansson.

När hon och kollegerna började prata mer om bristningar kom de första positiva förändringarna. I dag lämnar hälften så många kvinnor kliniken med skador på sfinktermuskulaturen, 1,47% av alla normalförlösta under 2015. Resultatet har peppat alla att fortsätta. Men det finns några känsliga frågor kvar att hantera.

Det är fortfarande vanligare med bristningar bland mer oerfarna barnmorskor och det finns kolleger vars patienter oftare får större bristningar. Hittills är detta något som gruppen inte diskuterat. Men arbetet fortsätter.

PÅ EN tavla nere på förlossningen står de uppmuntrande siffrorna uppskrivna. April blev en extra bra månad. Inspirerade av barnmorskornas arbete ska nu även läkarna börja med individuell feedback efter sugklockeförlossningar där kvinnor drabbas av allvarliga rupturer.

– Vi går inte och inbillar oss att vi ska få ner siffrorna till noll, men kvinnor ska inte behöva få rupturer för att vi inte gör det vi kan, säger Tina Johansson.

Liknande projekt är på gång på flera håll i landet. Bland annat på Danderyds sjukhus där sfinkterskadorna gått ner bara de senaste månaderna.

TEXT **JENNY KALLIN**
FOTO **TOMAS OHLSSON**

5

(vetenskapligt bevisade) riskfaktorer för analsfinkterskada

- förstföderska
- stort barn
- avvikande bjudning av fosterhuvudet
- instrumentell förlossning (ligger bakom 1/3 av alla sfinkterskador)
- att vara omskuren

Känner du alltid i rumpan?

Avgörande. Leta, hitta och gör något åt det. Bättre diagnostik skulle göra stor skillnad för många kvinnor.

ISTOCKPHOTO

Kvinnor har olika stark vävnad och ibland måste ett barn bara ut. Oavsett vad barnmorskan gör med sina händer är det risk för bristningar vid en vaginal födsel. Därför måste förlossningsvården bli bättre på att hitta skador hos nyförlösta.

”Den som inte känner i rumpan på en nyförlöst kvinna riskerar att missa skador som kan ge livslångt lidande.”

Om ultraljud användes direkt efter förlossning skulle dubbelt så många analsfinkterskador upptäckas, visar en ny rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. Det ger en fingervisning om mörkertalet bland förlossningsskadade i stort.

FÖRDELEN MED ultraljud som diagnostisk metod är exaktheten, det är lätt att se en skadad analsfinkter med en vanlig ultraljudsapparat. Men att utföra undersökningen på alla nyförlösta skulle ta mycket tid. Det behövs därför enklare metoder och bättre rutiner för att alla kvinnor ska bli noggrant undersökta.

Trots att den interna analsfinktern ingår i den svenska klassificeringen av sfinkterskador sedan 2014 verkar inte alla undersöka den ordentligt. Så kan i alla fall resultatet av den första rapporten från bristningsregistret tolkas, där uppgifter om den interna analsfinktern saknas helt i nästan 40 procent av bedömningarna.

DE HÄR skadorna måste opereras direkt, eftersom den inre analsfinktern annars stelnar och krymper ihop. Bättre diagnostik och snabb behandling skulle kunna vara det som gör att kvinnor i framtiden slipper långsiktiga problem efter vaginala förlossningar, skriver SBU.

Forskningen kring att förebygga,

diagnostisera och behandla förlossningsskador är knapp och hittills har det inte funnits några nationella riktlinjer. Men i höst kommer de. Barnmorskor och gynekologer har tillsammans arbetat fram nya rekommendationer. Kunskapen, inte minst om underlivets anatomi, behöver bli bättre i båda yrkesgrupperna.

Det här, ungefär, ska gälla för diagnostisering:

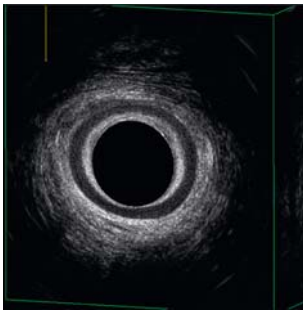
- Två barnmorskor tittar på bristningar tillsammans.
- Undersökningen sker utifrån en systematisk checklista.
- Tydlighet när läkare ska tillkallas (exempelvis när mellangården är tunnare än två centimeter) och när ultraljud ska användas.

Samtidigt kommer ett stort utbildningsmaterial som fokuserar en hel del på grad två-skador.

FÖR ATT en skadad mellangård ska bli återställd måste alla muskelfästen sys ihop. Barnmorskor som deltagit i forskningsstudier vid Linköpings universitet har blivit förvånade när de känt med ett finger i slidan och ett i analen och insett hur tjock en hel mellangård faktiskt är, berättar Eva Uustal, överläkare i gynekologi och obstetrik och ansvarig för bristningsregistret.

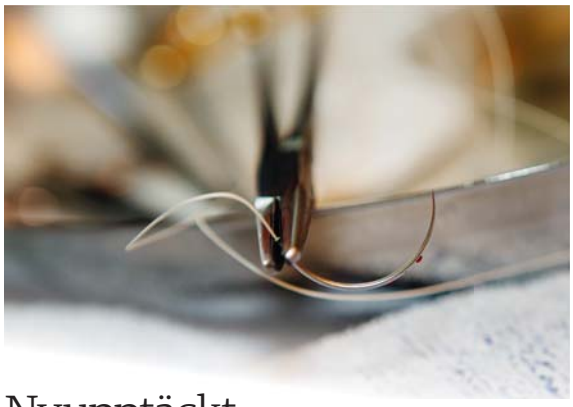
Även då allt ser normalt ut på ytan kan det finnas en ruptur.

– Den som inte känner i rumpan på en nyförlöst kvinna riskerar att missa skador som kan ge livslångt lidande, säger Eva Uustal.



Hel analsfinkter. Den innersta vita ringen = tarmslemhinnan. Den mörka ringen = interna sfinktern. Den tjocka ljusa yttre ringen = externa sfinktern.

Skadad inre och yttre sfinkter. Delar av ringarna saknas.
(3D-bilder tagna med analt ultraljud)



TOMAS OHLSSON

Nyupptäckt förlossningsskada

Levatorerna är en stor outforskad muskelgrupp i bäckenbotten som vården vill veta mer om. I kombination med bristningar i mellangården verkar skadade levatormuskler bidra till läckage, framfall och sämre sex efter vaginala förlossningar. I dag går skador inte att laga.

Troliga riskfaktorer är långdragen krystning eller snabba förlopp och hög ålder. 9 procent av förstföderskorna drabbas. Symtom kan komma direkt, långt fram i livet eller inte alls. Nya forskningsprojekt, bland annat på Huddinge sjukhus utanför Stockholm, ska öka kunskapen.

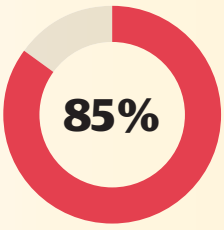
Klippa eller inte?

- Klipp innan sugklocka används minskar risken för sfinkterskador hos förstföderskor – men bara om övriga riskfaktorer är färre än tre, som stort barn, hög ålder, tidigare ruptur, långt utdrivningsskede.
- Det krävs att 12 kvinnor klipps för att ett underliv ska räddas från ruptur.
- Klipp motsvarar en grad två-skada som ger större problem än vården tidigare trott. Upptäckt, rätt behandlad sfinkterruptur har god prognos.

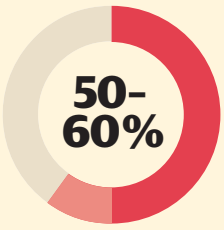
Fakta: SBU

Bristningar i siffror

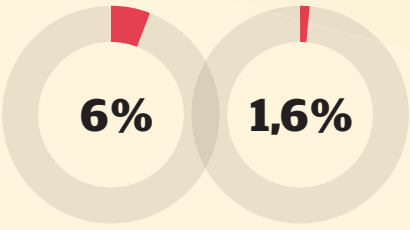
Bygger på uppskattning utifrån forskning samt statistik.



85 procent av alla som föder barn vaginalt får ytliga bristningar i slidan och underlivets hud.



50–60 procent får en bristning grad 2, då muskler och bindväv skadas.



6 procent av förstföderskorna och 1,6 procent av omföderskorna fick 2014 en analsfinkterskada.