

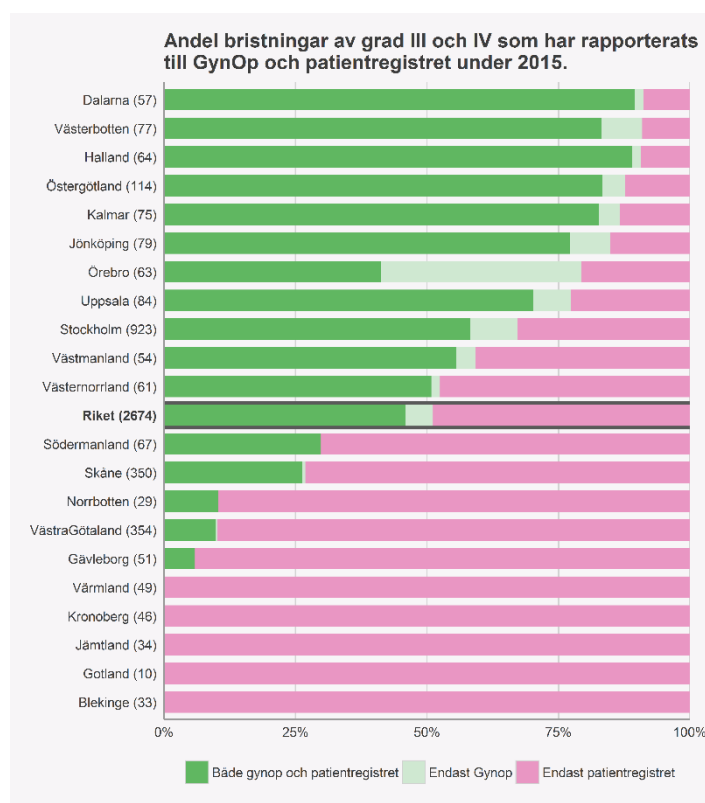
Årsrapport Bristningsregistret 2016

Eva Uustal

Statistiker Gabriel Granåsen

Bristningsregistret är inne på sitt tredje år. Kunskapen ökar om hur det går för kvinnor efter förlossningsbristningar. Trettiosex av fyrtiofem kliniker rapporterar till registret och på dessa sker 85 % av Sveriges förlossningar.

Ett stort arbete läggs ned på de deltagande klinikerna av läkare, barnmorskor och vårdadministratörer/sekreterare. Täckningsgraden och in-datakvaliteten varierar. Där det finns rutiner och engagerade personer som påminner och rättar fel fungerar det utmärkt. Där man inte har kvalitetsuppföljning blir data inkompleta.



Figur 1. Andel sfinkterskador som rapporterats till Gynop respektive patientregistret för 2015.

Nyheter:

Under året har vi skapat möjlighet att generera text och diagnoser om man registrerar bristningen direkt i Bristningregistret/GynOp. Det kan utnyttjas av kliniker som inte har Obstetrix och/eller om man vill få en bättre operationsmall att skriva i.

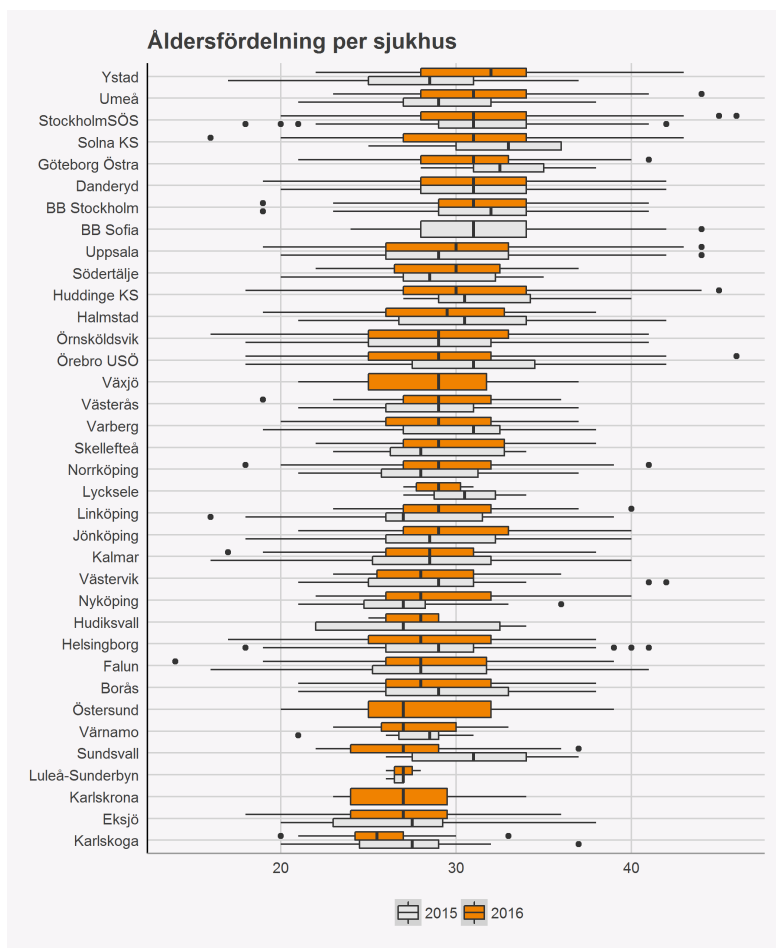
Hur man ska bedöma komplikationer har gett huvudbry särskilt hos dem som inte bedömer enkäterna direkt i dator där det finns hjälprutor i programmet. I det nya kunskapsstöd om Bäckerbottenskador från LÖF, SFOG och Barnmorskeförbundet som webbpubliceras senare i vår finns en utförlig beskrivning om komplikationsbedömning .

I korthet kan man säga att allt som patienten och läkaren uppfattar som avsteg från ett normalt förlopp betecknas som lindrig komplikation. Vid omfattande påverkan på livskvaliteten, tex besvärande inkontinens, smärta eller om kirurgisk åtgärd krävs, betecknas det som en allvarlig komplikation.

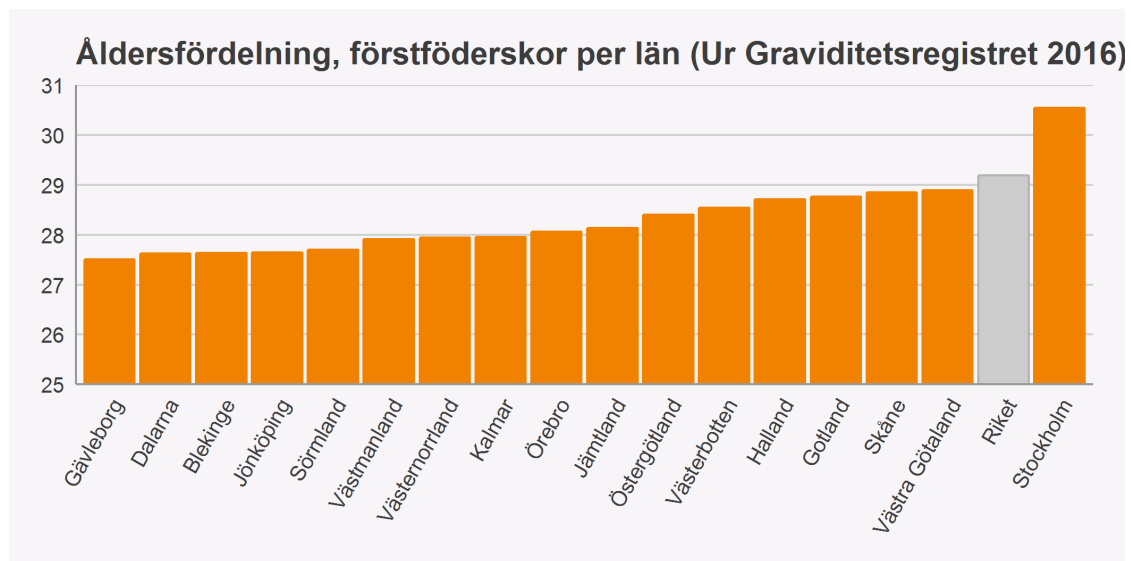
För att veta vad som är ett normalt förlopp behövs en realistisk patientinformation som används över hela landet. En sådan har utvecklats från lärdomar från fritextsvar i registret och kontakt med patientgrupper. Den finns i kunskapsstödet och kan användas för alla typer av bristning och efter klipp. Den kommer att ligga som default- förslag i enkäterna och behöver kompletteras med lokala kontaktuppgifter på respektive klinik.

Demografi

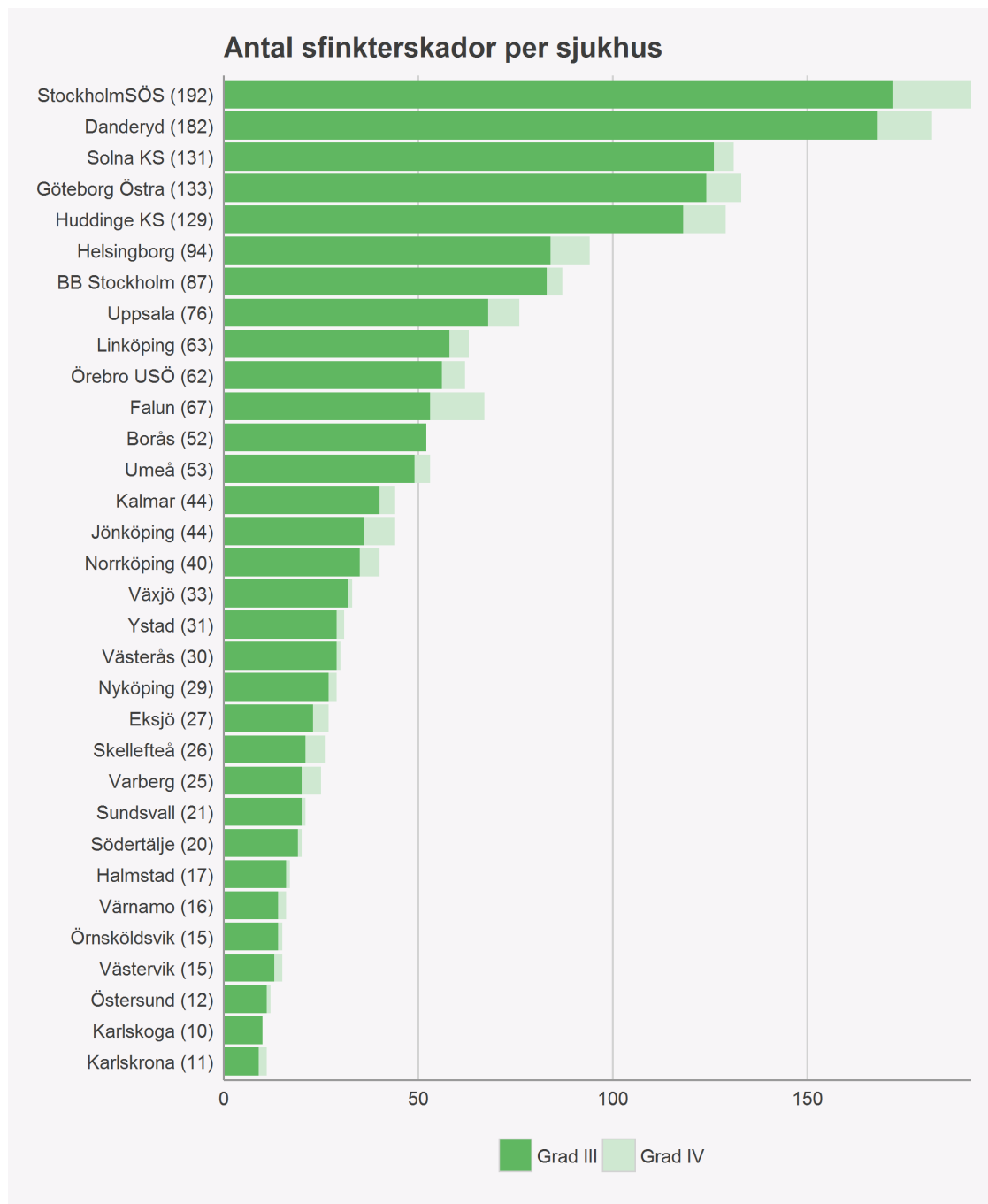
Medianåldern för kvinnor var 30 år. 95% av alla kvinnor var mellan 23 och 38 år gamla



Figur 2. Åldersfördelning per sjukhus



Figur 3. Åldersfördelning, förstföderskor per län (Ur Graviditetsregistret 2016)



Figur 4. Antal sfinkterskador per sjukhus

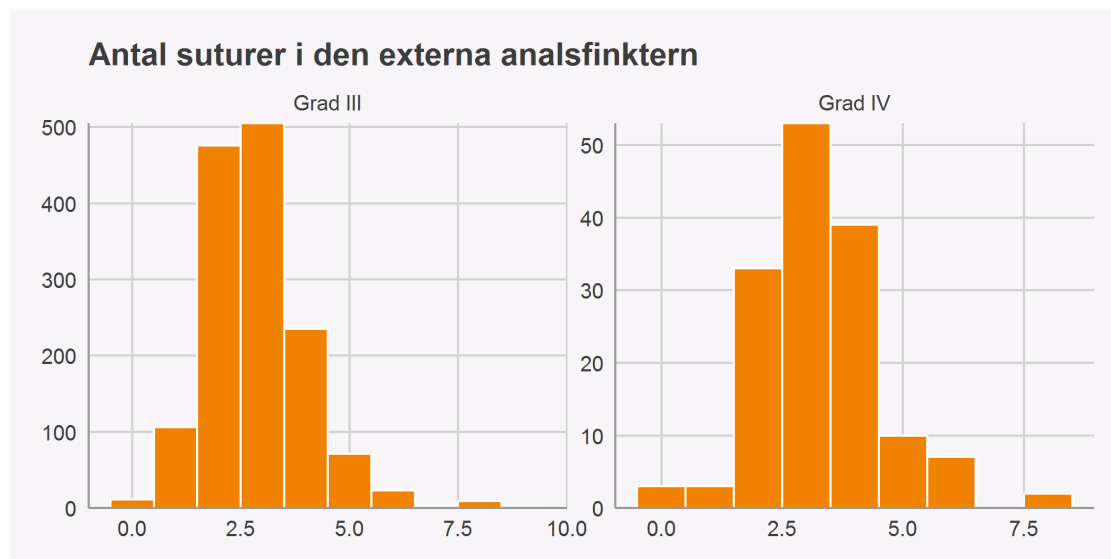
Nationella resultat

Obstetriska data och operation

Under 2016 är 2157 kvinnor med sfinkterskada registrerade. Ingen rapporterades ha tidigare sfinkterskada av de 21.2% som hade tidigare vaginal förlossning – 78.8% var således således vaginala förstföderskor.

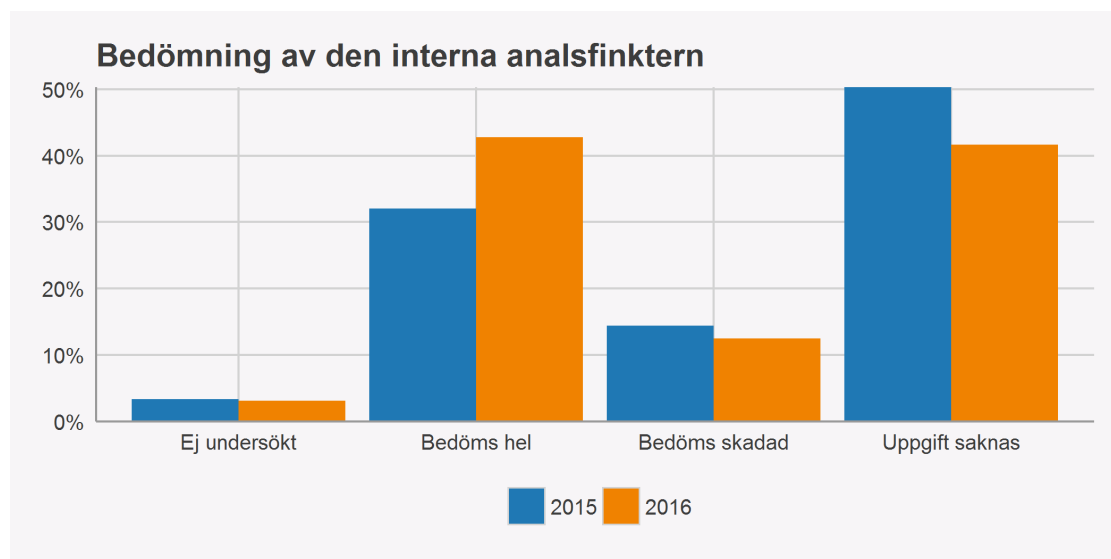
Under 2016 blev 25 patienter registrerade i registret utan angiven grad av perinealskada.

Medel-BMI, var något lägre än de som gäller för hela populationen gravida (Graviditetsregistrets årsrapport 2015).



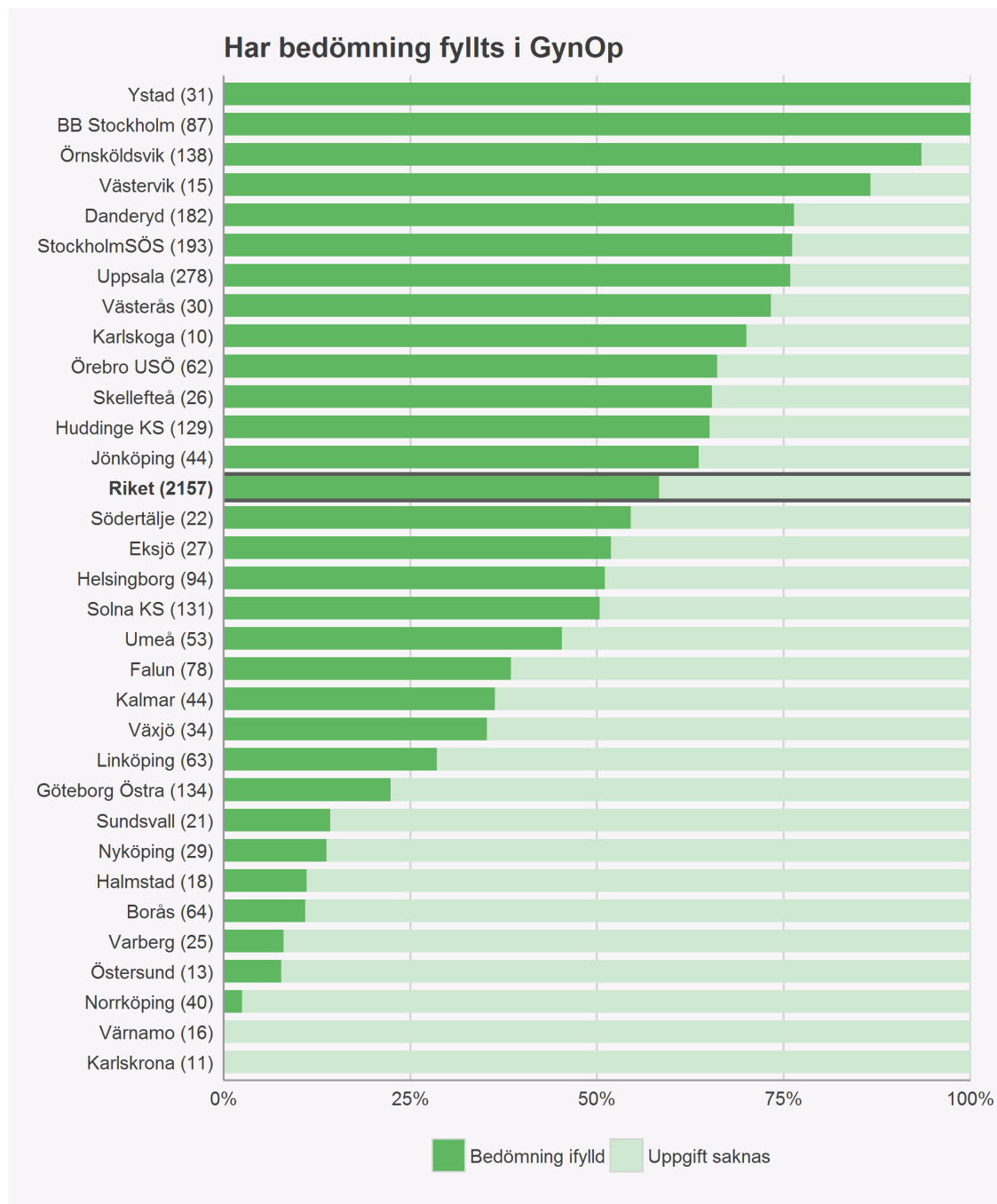
Figur 5. Antal suturer i den externa analsfinktern

I figur 3 ses hur många suturer man suturerat den externa sfinktern med. Medelvärdet är 2.85 för grad III respektive 3.28 för grad IV. 566 hade ej angett antalet suturer i registret. End to end är vanligast med 87.2%, överlappande sutur användes i 12.8 %. Uppgift saknades för 497.



Figur 6. Bedömning av den interna sfinktern

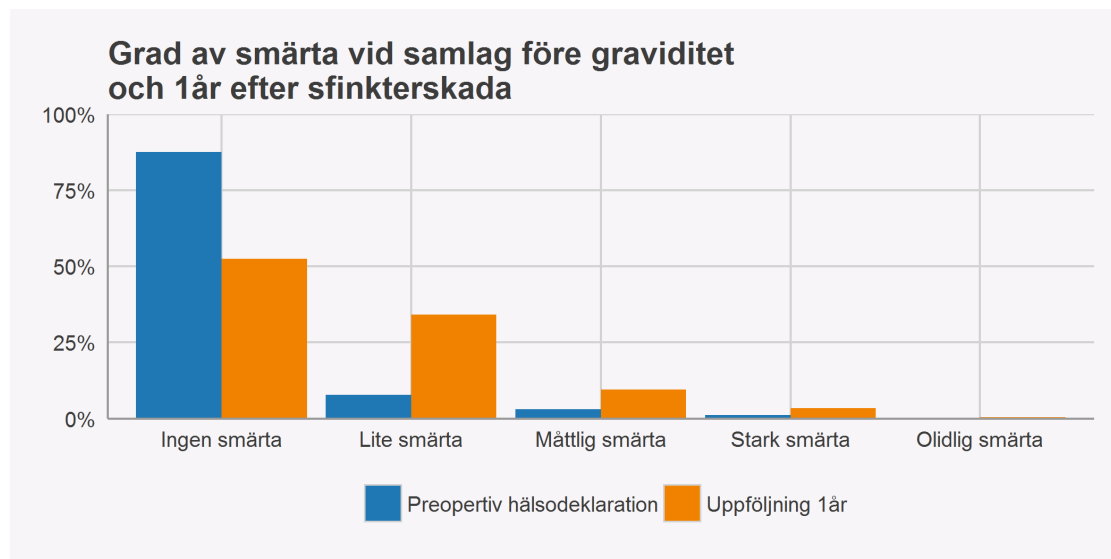
Den interna sfinktern är viktig för passiv kontinens och kontroll över vad som kommer ned i analkanalerna, sk sampling. Ej upptäckt skada leder sannolikt till ej reparerad skada vilket innebär irreparabla, ofta invalidiserande besvär. Andelen fall där man angett att man bedömt interna sfinktern har glädjande nog ökat under året. I hälften av fallen finns ingen uppgift. Kan läkarna bedöma interna sfinktern? Kommer de ihåg att fylla i uppgiften "PISA"? Skriver sekreterare in uppgiften i Bristningsregistret? Kunskapen om hur man rätt bedömer en sfinkterskada kan förmodligen förbättras. Andelen fall med skada, ca 10% stämmer med det förväntade.



Figur 7. Har bedömning av den interna sfinktern fyllts i GynOp

Patientens upplevelse efter 8 veckor

Samlagsbesvär



Figur 8. Grad av smärta vid samlag före graviditet och 1år efter sfinkterskada

Nästan 10% av kvinnorna uppgav samlagssmärta före graviditeten, knappt 50% ett år efter. När antalet kvinnor i registret ökar kan vi uttala oss om det är samma individer som har ont före och efter samt differentiera mellan grad 2 och 3-4.

Kontinens

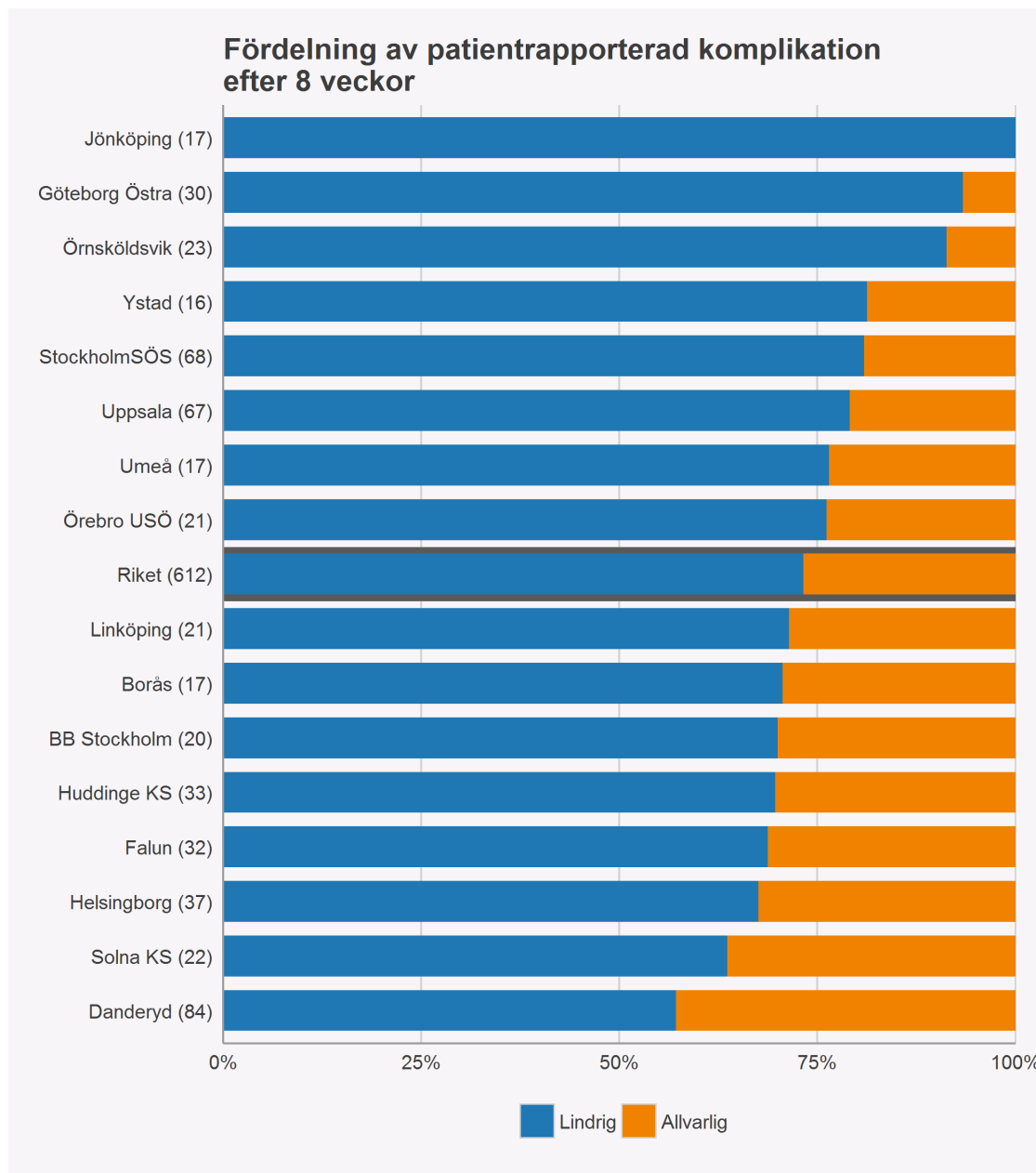
Urinläckage en gång i veckan eller oftare rapporteras av 2.2 % före graviditeten och 17.4% av kvinnorna 8 veckor efter förlossningen.

Svårighet att hålla gaser eller avföring beskrivs före graviditeten av 5.8% och 8 veckor efter sfinkterskada av 40.8%. 10% uppgav buksmärta före graviditeten som enligt Rom-kriterierna kan tyda på IBS. Hur det påverkar utfallet efter sfinkterskada återstår att analysera. Se vidare nedan under Wexner-score.

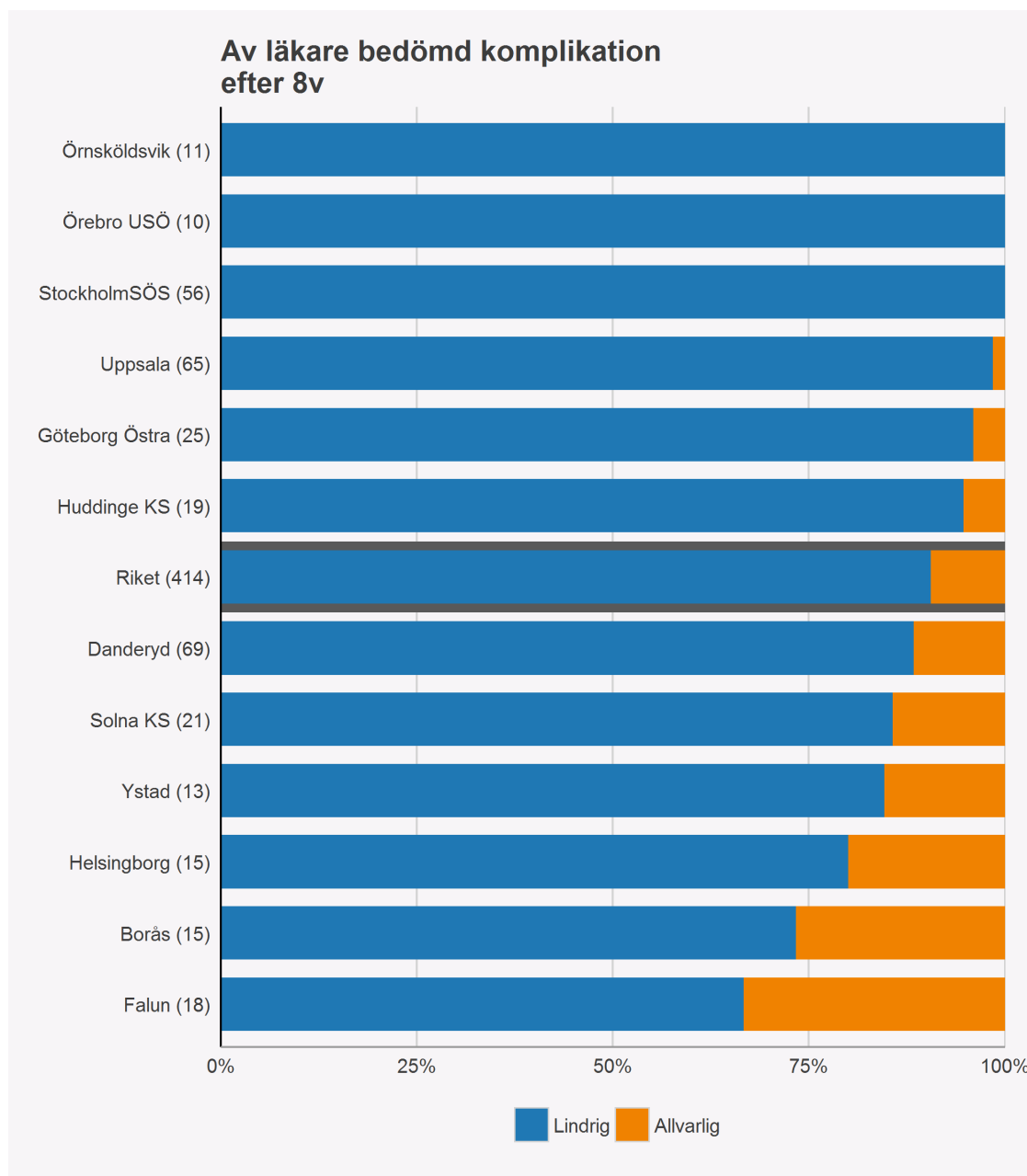
Komplikationer

Mediantid för när patienten uppger återgång till normal aktivitet är 5 dagar, efter prolapsoperation 3 dagar(enligt årsrapport).

Endast 58% av kvinnorna upplever ett komplikationsfritt förlopp 8v efter sin förlossningsbristning. Det skiljer mellan kvinnornas uppfattning om komplikationens allvarsgrad och bedömande läkares.



Figur 9. Fördelning av patientrapporterad komplikation efter 8 veckor



Figur 10. Fördelning av läkare bedömd komplikation efter 8v

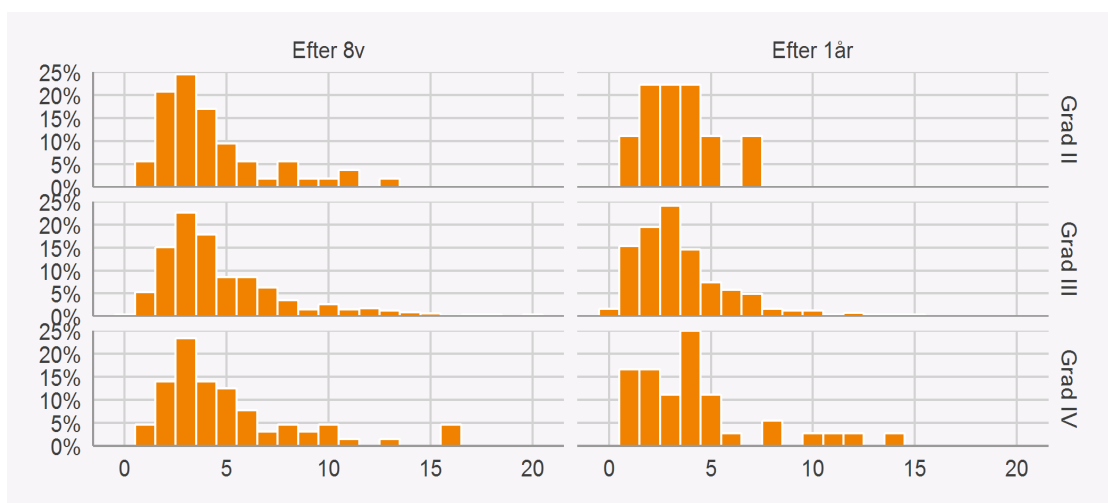
Avföringsinkontinens

På grund av svårigheter att hålla gas eller avföring efter 8 veckor graderade sig 572 kvinnor (28%) med Wexner-score, ett verktyg för att bedöma hur uttalade besvär man har. Mer än 4 poäng angavs av 30% och enstaka hade höga poäng talande för uttalad fekal inkontinens.

För 1års uppföljningen:

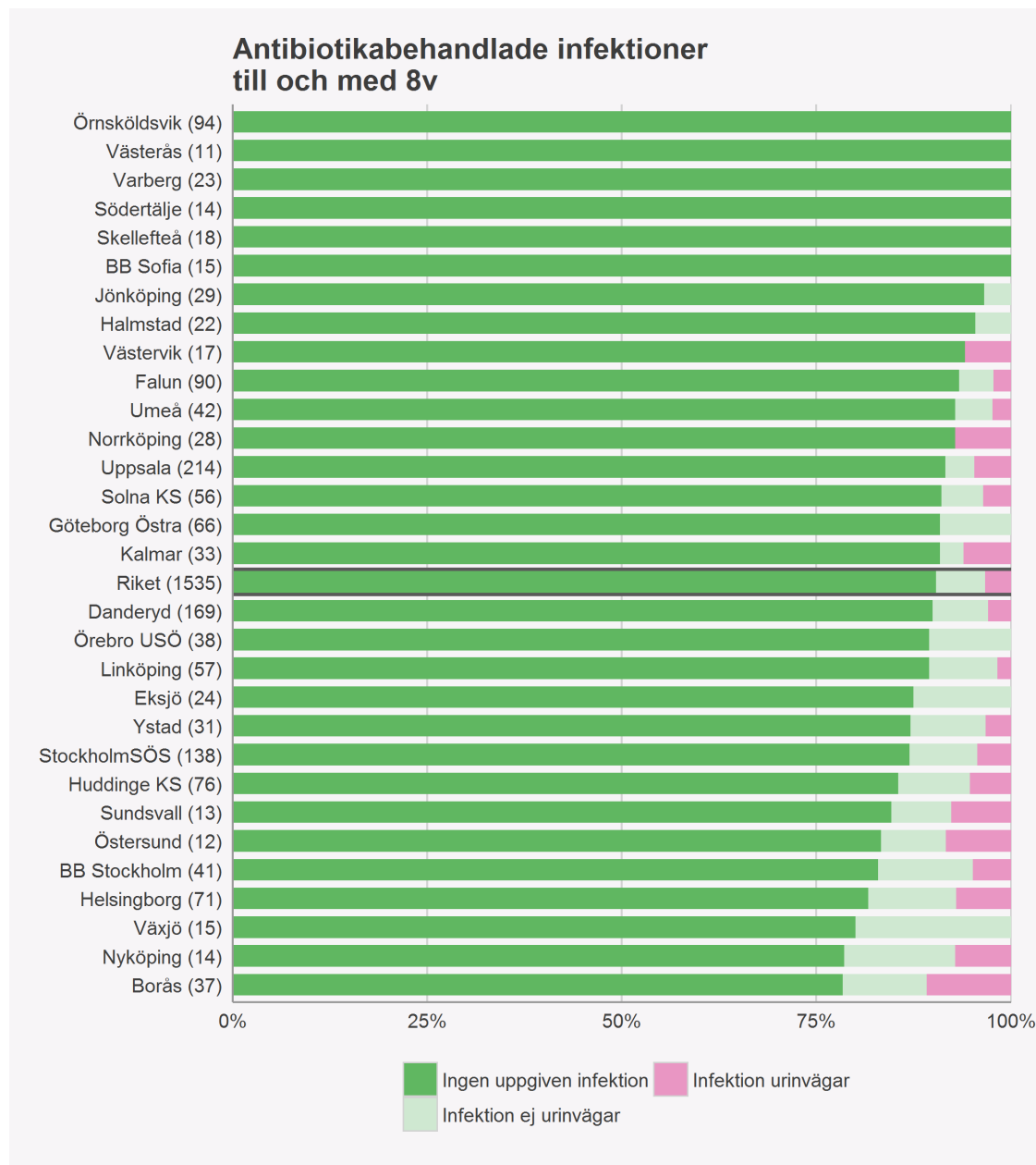
På grund av svårigheter att hålla gas eller avföring efter ett år graderade sig 286 kvinnor (20%) med Wexner-score, ett verktyg för att bedöma hur uttalade besvär man har. Mer än 4 poäng angavs av 17% och enstaka hade höga poäng talande för uttalad fekal inkontinens.

Att identifiera de kvinnor som har höga Wexner-score är något av det viktigaste som Bristningregistret kan bidra med. Fekal inkontinens kan vara så pinsamt att man låter bli att söka vård. Alla behöver eller kan inte opereras men alla bör få erbjudande om rätt utredning och behandling, konservativ eller kirurgisk.



Figur 11. Fördelning av Wexner-score grad II, III och IV.

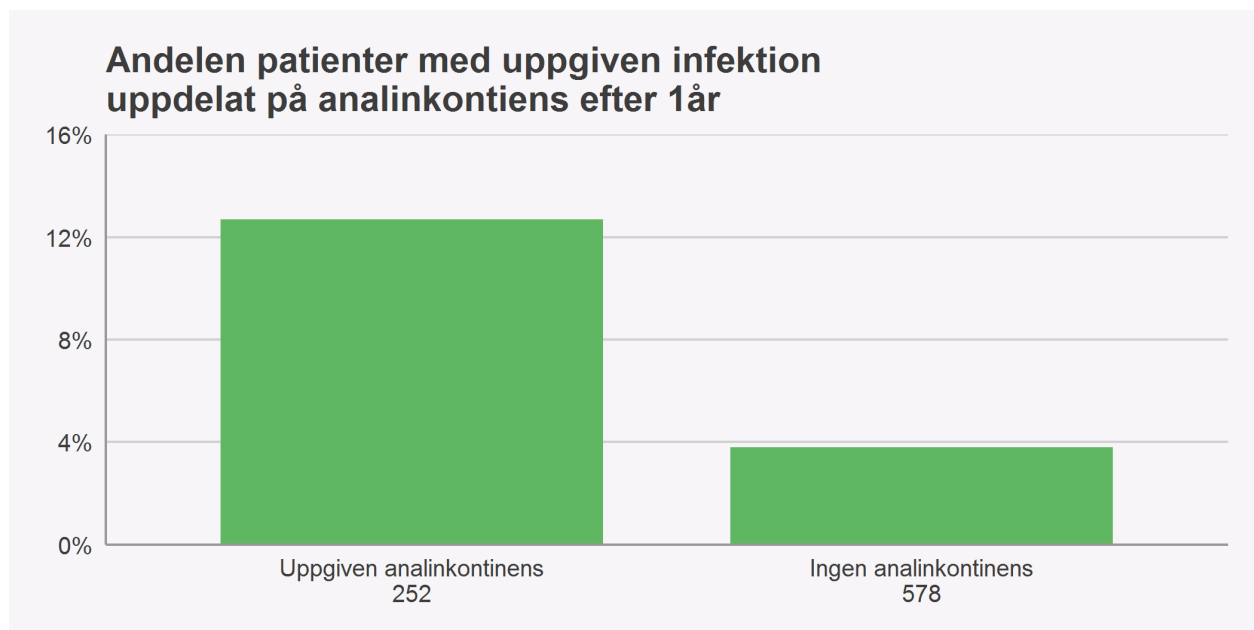
Infektioner



Figur 12. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8v

Infektioner är relativt sällsynta men tidigare ej visade data pekar mot att de ökar risken för analinkontinens mer än trefalt efter sfinkterskada (figur 13).

Uppgiften om infektioner under det postoperativa förloppet vore högst relevant att korrelera till antibiotikaproylax vid sutureringen. Tyvärr är rapporteringsgraden om antibiotikaproylax som en del av "PISA" så låg att det inte är möjligt. Det kan bara bli bättre.

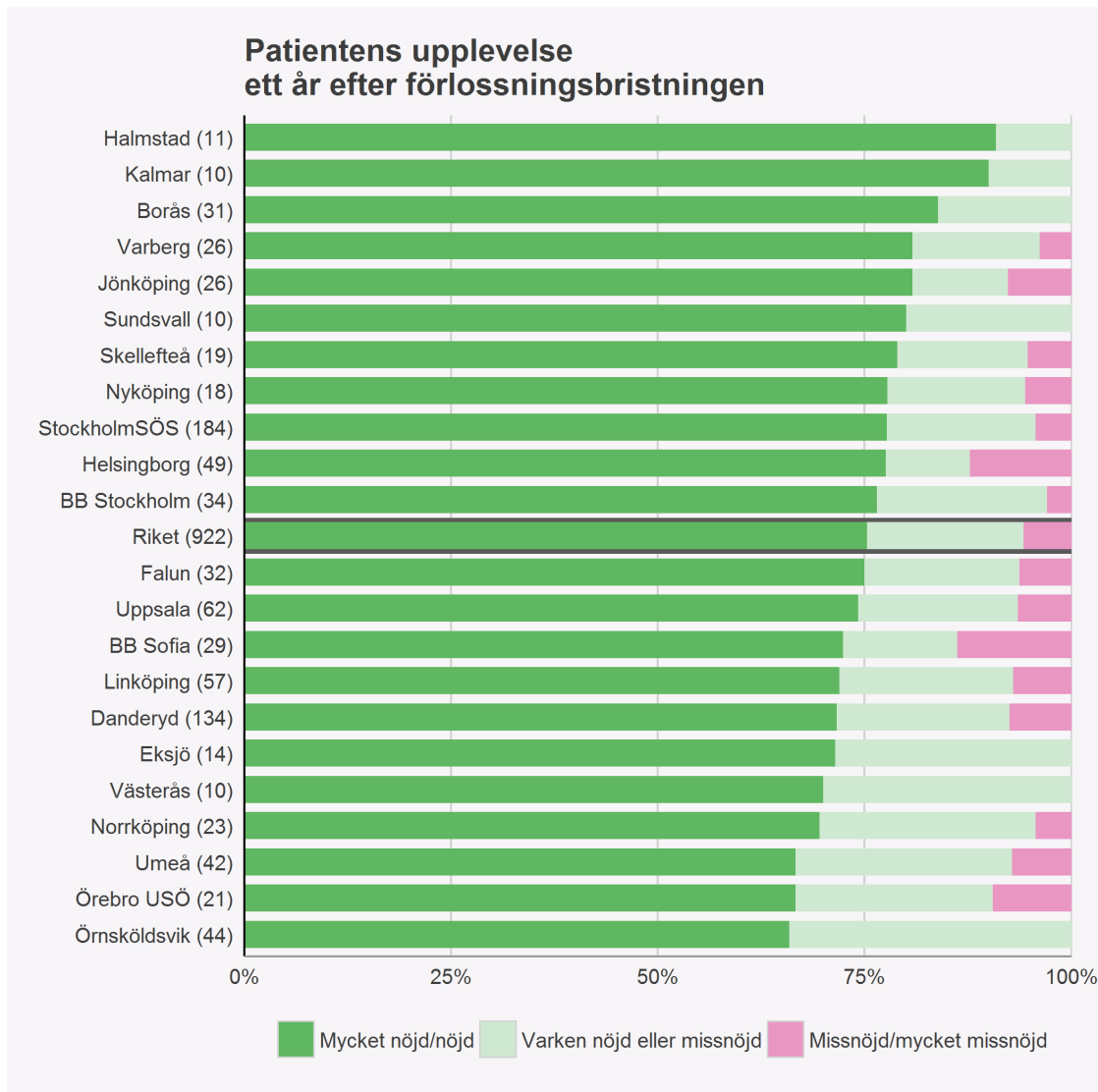


Figur 13. Ökad risk för anal inkontinens efter bristning med infektion (OR: 3.68 (2.1, 6.54); p: <0.001)

Resultat efter ett år

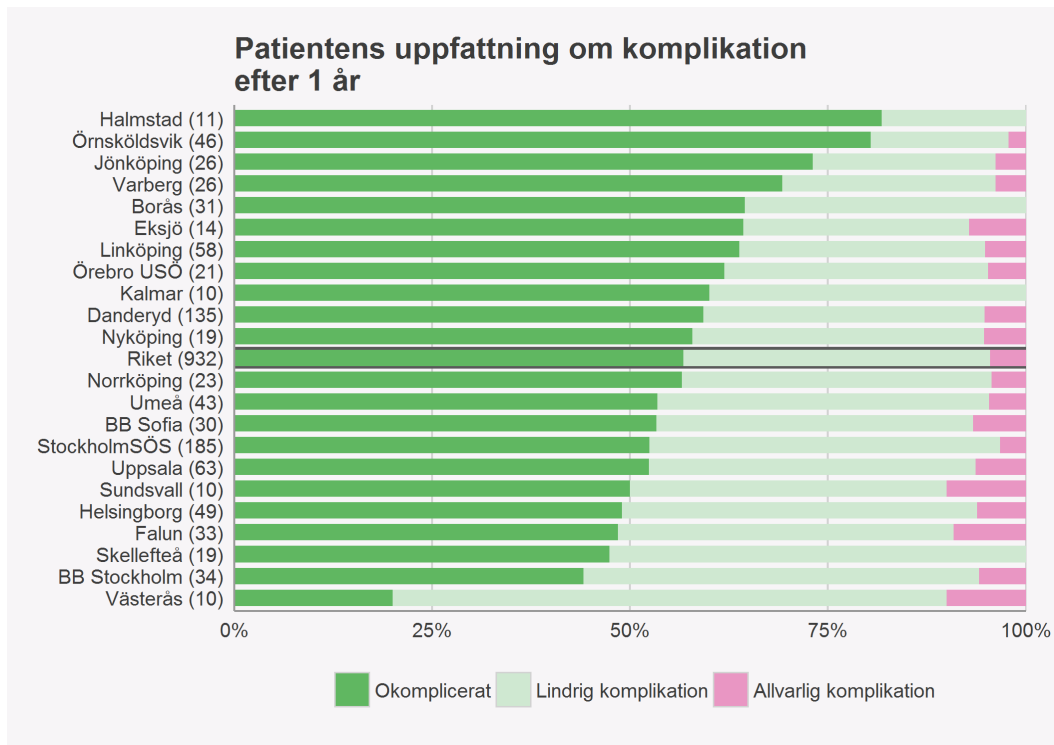
1001 kvinnor har svarat på 1-årsuppföljningen. Frågan är ställd som " hur har det blivit för dig efter förlossningsbristningen?". För övriga operationer i GynOp formuleras motsvarande fråga som hur nöjd man är efter ingreppet, , vilket blir fel i bristningssammanhang, det är ju inget elektivt ingrepp. Den lilla andel kvinnor som anger att man är missnöjd bör följas upp såväl enskilt lokalt men även som grupp i registret som helhet.

Patientens nöjdhet

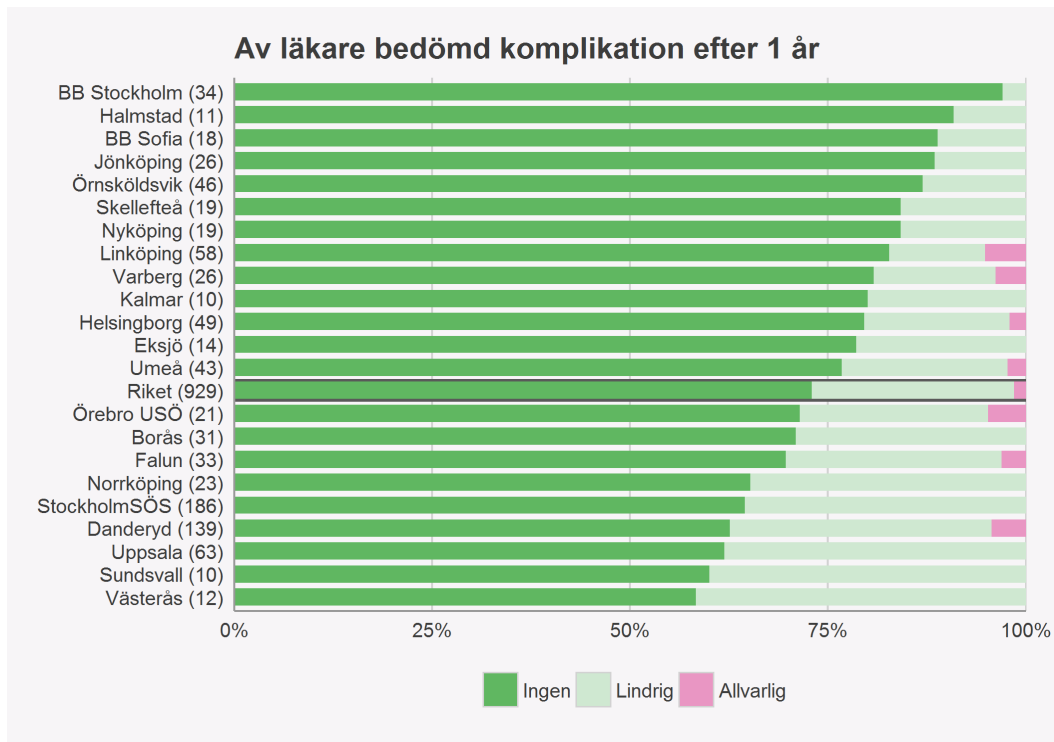


Figur 14. Patientens upplevelse ett år efter förlossningsbristningen

Komplikationer



Figur 15. Patientens uppfattning om komplikation efter 1 år



Figur 16. Av läkare bedömd komplikation efter 1 år

Det finns anledning att analysera komplikationerna och om det finns möjlighet att ändra i informationen eller uppföljning.

Resultat

Det är slående hur stor andel av patienter som upplever komplikationer, både efter 8 veckor och efter ett år. Jag tolkar det som att vi inte riktigt informerat kvinnorna om hur långdraget läkningsförloppet kan vara. Det är en balansgång mellan att "oroa" och informera. Patienternas svar i registret ger oss ny kunskap om hur det kan vara efter en bristning och har använts i utformning av patientinformation. Det pågår en kvalitativ sammanställning och analys av de många fritextsvaren som ett separat forskningsprojekt från Umeå. Fritextsvaren om komplikationer handlar t ex om smärta, påverkan på rörligheten och förmågan att sköta barnet, smärta vid avföring, tarmtömningsproblem och smärta vid samlag. Även ett psykologiskt lidande beskrivs där man känner sig traumatiserad, utsatt och misslyckad.

Behovet av psykologiskt stöd och uppföljning efter bristningar är ett förbättringsområde.

Ungefär en fjärdedel av kvinnorna uppger anal inkontinens efter en sfinkterskada. Det återstår att analysera om det finns gemensamma karakteristika eller vårdförloppsfaktorer hos dessa kvinnor. I de fall där kvinnan uppger analinkontinens är det viktigt att hon får kontakt med ett bäckenbottencentrum där utredning och eventuell behandling kan ske. Det är ett av Bristningsregistrets viktigaste syften. Resultaten av en eventuell sekundär sfinkter-reparation är bättre ju fortare efter skadan den utförs.

Språk och kultur

Många kliniker har en hög andel icke svensktalande patienter. Enligt Graviditetsregistrets årsrapport 2014 är andelen kvinnor födda i Sverige 78.2%. Icke svenskspråkiga kan inkluderas i registret men besvarandet av enkäterna kan bli lidande. Jag resonerar att man som kvinna själv har ansvar för att be om hjälp med översättning i de fall man inte klarar språket. Registret används ju som ett verktyg för vårduppföljning. Att frågorna avser underlivets funktion kan ju göra det känsligt att be om hjälp. Men att frågorna ställs är en viktig markering om att vården i Sverige värderar och kan benämna kvinnors underliv.

Sammanfattande kommentarer:

Bristningens omfattning har inte så stor betydelse som man tidigare trott för hur mycket besvär man får med smärta och analinkontinens.

Infektioner efter bristningar ökar risken för anal inkontinens och behöver förebyggas på bästa sätt.

En modern operationsmall för grad 2, 3 och 4-bristningar skulle verkligen behövas i journalsystemen. Om vi får relevanta operationsmallar kan dataöverföringen ske direkt från Graviditetsregistret. Det skulle ge säkrare indata, automatgenererade diagnoser och frigör administratörernas tid.

Avsaknaden av uppgifter om den interna sfinktern kan bero på att man inte dokumenterat sin undersökning. Det kan också vara så att kunskapen om hur man ska gå till väga inte är känd på klinikerna. De kliniker som saknar eller har låg registrering hoppas jag tar upp samtalet internt. Ett öppet samtal om utbildningsbehov gagnar patienterna.

Ett kvalitetsmål inför nästa rapport från Bristningsregistret är att man har dokumenterat undersökning av den interna sfinktern i 90% av fallen, det klarar 3 kliniker idag.

I väntan på bättre mallar, vänligen bara skriv "PISA-variablerna" i fritext så att läkarsekreterarna kan föra in dem i registret. En lathund att kopiera finns på GynOps hemsida. <https://www.gynop.org/webhelp/gynopnet/gynopnet.htm>

Varje enskild barnmorska och läkare ser inte så många större bristningar. Där det saknas, bygg upp lokala nätverk av kompetenta team som kan stötta patienterna och känna igen signaler om komplikationer.

Tips för bättre svarsfrekvens:

De kvinnor som anslutit sig till Mina vårdkontakter 1177.se får meddelande om enkäter och påminnelser direkt i mobilen.

På gång:

Kunskapsstödet om prevention, diagnostik, behandling och uppföljning av Bäckebottensskador inklusive patientinformation är förankrat och det tekniska arbetet med webbutbildningsprogrammet har påbörjats.

Den nya patientinformationen läggs under april in i Bristningsregistret och kan användas för alla bristningar och klipp.

Till nästa årsrapport kommer vi att testa ett sammanvägt kvalitetsmått där man räknar in frekvensen av sfinkterskador (prevention), i hur många procent man bedömt den interna sfinktern (diagnostik), andelen patienter som uppger analinkontinens (sutureringskvalitet) samt andelen patienter som är nöjda efter ett år (uppföljning och eftervård). Så nu finns chansen att vässa sin organisation för att få nöjdare patienter.