

Regional riktlinje för gynekologisk undersökning vid eftervårdsbesök på BMM

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2023-11-14
Giltig till 2026-11-14
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer



Innehållsförteckning

Förord.....	1
Anatomisk bild av kvinnlig bäckenbotten.....	2
Vårdnivå.....	3
Anamnes.....	3
Informerat samtycke.....	4
Gynekologisk undersökning	5
Palpation av muskler i bäckenbotten	6
Dokumentation.....	8
Behandling	8
Uppföljning	10
Mer information och länkar	11
Definition av bristningar efter förlossning.....	11
Dokumentinformation	14
Referenser och länkar.....	15

Förord

Symtom från bäckenbotten drabbar många kvinnor efter förlossning oavsett grad av förlossningsbristning eller förlossningssätt. Även efter en okomplicerad förlossning förekommer smärta och funktionsstörning av bäckenbotten. Detta kan leda till att kvinnan lider av inkontinens, framfall, smärta och psykisk ohälsa. Dessa besvär framkommer oftast först när kvinnan har lämnat förlossningsvården. En avvikande anatomi behöver inte betyda att kvinnan har besvär, på samma sätt kan en på ytan skadefri anatomi inte garantera symtomfrihet.

Information om läkning av förlossningsbristningar och träning av bäckenbotten har betydelse för kvinnans upplevelse av sin förlossning. Undersökningar visar att det ger en ökad trygghet första månaderna efter förlossning att ha kontakt med en barnmorska, gå på eftervårdsbesök samt genomgå en gynekologisk undersökning.

Det är därför av största vikt att hälso- och sjukvården, oavsett grad av bristning och förlossningsförlopp, uppmärksammar kvinnans symtom och besvär vid eftervårdsbesöket i mödrahälsovården.

Från 2020-01-01 gäller en fördjupad klassificering av grad 2 och den finns med i slutet av denna riktlinje.

För er som arbetar med att undersöka kvinnor efter förlossning eller vid eftervårdsbesöket rekommenderas att ni regelbundet läser på [Bäckenbottenutbildning.se](https://www.baekkenbottenutbildning.se) för att vidmakthålla er kunskap och ta till er nya rön.

Uppdatering: Länkar är reviderade.

Fastställt, Malmö 2023-11-14



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anatomisk bild av kvinnlig bäckenbotten

Figur 1. Schematisk bild av anatomiska strukturer kring slidmyningen sett nedifrån, med patienten i gynläge.

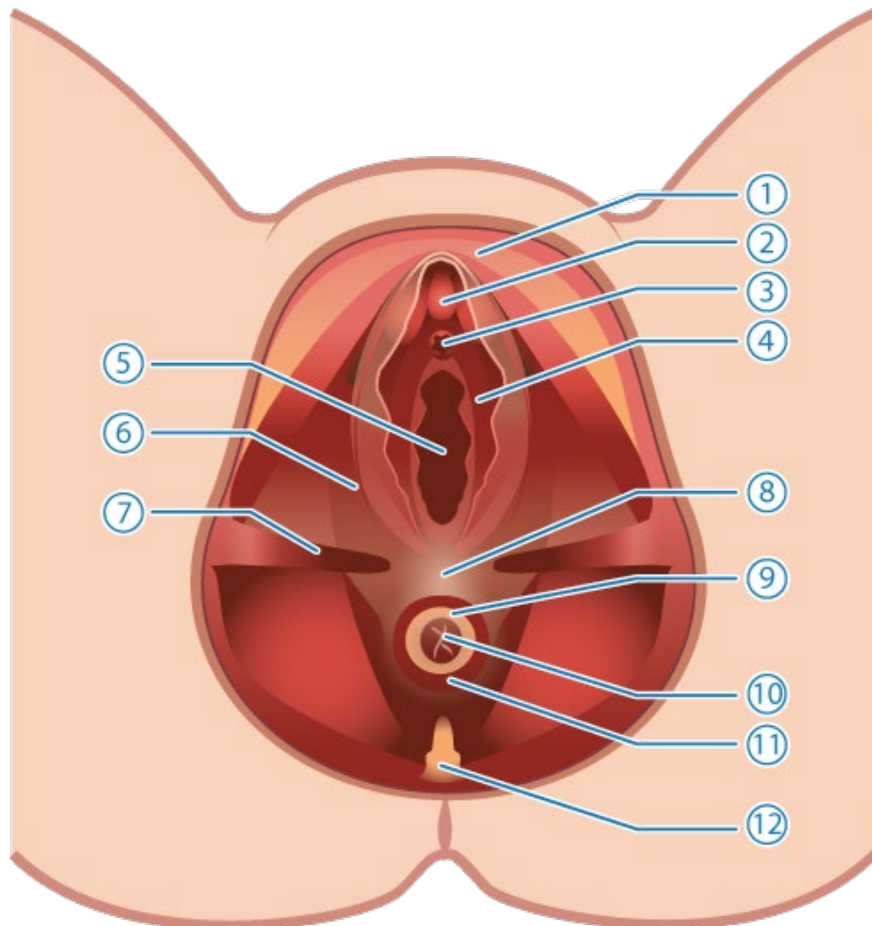


Bild publicerad med tillstånd från Bakckenbottenutbildning.se

1. Symfysen
2. Klitoris
3. Urinrör
4. Bulbokavernosus muskeln
5. Vagina
6. Puborektalis muskeln (levatormuskel)
7. Transversus perinei muskeln
8. Perinealkroppen
9. Interna sfinktern
10. Anus
11. Externa sfinktern
12. Svanskota

Muskler i bäckenbotten

Alla yttre muskelgrupper som ansluter till perinealkroppen (m bulbocavernosus, m transversii perinei, m puboperinealis och den externa sfinktern) fäster i mittlinjen mot perinealkroppen. De innerveras alla av pudendusnervens grenar som passerar vid sidan om vagina, och samspelar funktionellt. Om en muskel tappar sitt fäste förlorar den sin förmåga till funktion och samspellet mellan musklerna störs, vilket påverkar hela bäckenbottens funktion.

Levatormuskeln består av tre huvuddelar, m puborektalis, m pubococcygeus, och m iliococcygeus. Skador kan uppstå under förlossning vid muskelns övre fäste mot blygdbenet, längs hela muskelbuken (avulsion) och/eller vid musklernas nedre fäste i perinealkroppen.

Vårdnivå

Om den nyförlösta har besvär av bristning som behöver bedömas inom en vecka efter förlossning hänvisas till aktuell förlossningsklinik. Besvär från bristning fr.o.m. dag 8 efter förlossning bedöms i första hand av patientansvarig barnmorska inom mödrahälsovården.

Anamnes

Fråga efter besvär från förlossningsbristningen, hur besvären yttrar sig, hur den fysiologiska funktionen är. Fråga även om smärta, mekaniska besvär, urinsymtom, tarmsymtom och sexuell påverkan.

Underlivet

Finns tyngdkänsla, svaghet, globuskänsla?

Symtom vid levatorskador: en känsla av instabilitet, svårighet att hitta knipet, framåtbuktande främre slidvägg, trängningar, öppenhetskänsla, smärta på den kontralaterala sidan på grund av överkompensation av friska sidans muskel. När man använder tampong kan den lägga sig på tvären så att blodet läcker ut bredvid.

Förslag på frågor: Känner du något som buktar ut ur slidan? Har du skav eller smärta i slida/slidmyrning?

Miktion

Hur fungerar det att kissa? Läcker det urin?

Ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens, tömningssvårigheter?

Förslag på frågor: Har du problem att hålla urinen? Kan du tömma blåsan helt? har du urinläckage vid fysisk eller sexuell aktivitet?

Avföring

Hur fungerar det att bajsas? Läckage, fast avföring, lös avföring, gaser, tömningsbesvär, smärta?

Förslag på frågor: Kan du hålla avföring, kan du hålla gaser? Kan du tömma tarmen helt? Är det svårt att torka rent vid ändtarmen? Finns läckage av avföring i underkläderna?

Sexuell funktion

Har du haft samlag efter förlossningen? Upplevde du fysiska besvär i samband med det? Smärta? Nedsatt/ökad känsel? Vidhetskänsla?

Förslag på frågor: Har du ont vid penetrerande samlag? Känner du dig snäv eller vid i slidmynningen?

Informerat samtycke

Informera om att det i eftervårdsbesöket rekommenderas en gynekologisk undersökning både vaginalt och via rektum för att fullständigt kunna bedöma vävnader och muskulatur. Inhämta muntligt samtycke från kvinnan att utföra sådan undersökning.

Uppmuntra kvinnan att titta på sitt underliv vid undersökningen, med hjälp av spegel, för att förstå var bristningen sitter. Visa gärna anatomibilder (se länk nedan), kvinnan kan peka på bilden var det eventuellt gör ont.

[Patientinformation - Om underlivet efter förlossningen.pdf](#)
(backenbottenutbildning.se)

Gynekologisk undersökning

Inspektera slidöppningen

Titta efter: symmetrisk slidöppning? Diastas? Hymenkanterna?
Vestibulum?

- Slidmyningen är normalt formad som en avlång oval. Om den har formen av en hästsko med öppning nedåt kan det finnas en bristning eller uttänjning av mellangårdens muskelfästen.
- Om hymenkanterna ligger några cm ifrån varandra kan det finnas en kvarstående defekt i muskelfästena på djupet.
- Bedöm vestibulum, det ska finnas ett område mellan huden och hymen.

Inspektera anus- är anus stjärnformad?

- Normalt är anus rynkad hela vägen runt. Om det finns släta områden upp mot perineum kan det vara tecken på sfinkterskada.
- När kvinnan kniper eller krystar skall vävnaderna runt anus röra sig liksidigt.
- Kontrollera den anukutana reflexen genom att beröra gluteus-muskulerna 5 - 10 cm från analkanalen. Detta ska leda till en O-formad kontraktion av den externa sfinktern, med rynkning runt om. Om den externa sfinktern i stället formar sig till ett U kan det finnas en sfinkterskada.

Inspektera vagina, eventuellt med hjälp av spekulum

- Notera eventuellt kvarvarande suturmaterial, granulom, flikar, blödning, svullnad, glipor, rodnad, irritation?
- Finns buktning av vaginala framväggen? Bakväggen?

Palpation av muskler i bäckenbotten

Det kan vara svårt att knipa i gynläge och knipförmåga kontrolleras därför med sänkt huvudände på gynstolen. Kvinnan kan även stötta sina ben på undersökarens ben i stället för i benstöd.

- **Palpera med två fingrar i vagina. Tippa fingrarna något bakåt och be kvinnan spänna analöppningen.**
Om kvinnan kan kontrahera riktigt flyttas dina fingrar bakifrån och framåt, med hjälp av puborektalis muskeln (levatormuskel), transversus perinei muskeln och perinealkroppen. Instruera kvinnan att slappna av i bäckenbotten.
- **Instruera kvinnan att hålla emot en tarmtömningsreflex så länge hon kan.**
Detta ger dig en uppfattning om uthållighetsförmågan i den anala ringmuskeln och pubococyggeus muskeln (en av levatormusklerna). Instruera kvinnan att slappna av i bäckenbotten.
- **Instruera kvinnan att spänna bäckenbotten som vid kissnödighet.**
Om kvinnan kan kontrahera på rätt sätt flyttas dina fingrar upp mot symfyssen, med hjälp av levatormusklerna (m levator ani och m pubococcygeus). Instruera kvinnan att slappna av i bäckenbotten.
- **Instruera kvinnan att spänna uppåt så att hon får en känsla av att något lyfts upp inuti.**
Det är lättare om du ber henne att spänna bit för bit, bakifrån och framåt/uppåt och sedan hålla fast. Spänner hon på rätt sätt kommer dina fingrar att klämmas åt från sidorna och lyftas uppåt, inåt. Detta är en bedömning av levatorfunktionen. Känns muskelkontraktionen likadant på båda sidor? Spändhet och/eller smärta på ena sidan kan vara en kompensation för att levatorn släppt på motsatt sida.

Känn efter om du känner grop på någon av sidorna? Om levatorn har släppt från pubisbenet kan det kännas som en grop under blygdbenet framtill. Instruera kvinnan att slappna av i bäckenbotten.
- **Sära nu på fingrarna och instruera kvinnan föra ihop dem** och be henne fortsättningsvis hindra dig från att dra ut dina fingrar. Detta test bedömer levatoreernas styrka.

- **Instruera kvinnan att hosta** och bedöm vad som händer. Får du nu den främre vaginalväggen i din hand tyder det på en svag upphängningsstruktur (ligament och/eller fascior). Instruera kvinnan att slappna av i bäckenbotten.
- **Instruera kvinnan att spänna uppåt igen** (tänka sig att hon suger upp och kniper fast en kula) **och återigen hosta**. Känns det stadigt finns en muskelfunktion att använda funktionellt. Instruera kvinnan att slappna av i bäckenbotten.
- **Bidigital palpation.** Palpera bakre slidväggen med ena pekfingeret i ändtarmen och tummen, eller den andra handens pekfinger, i vagina och låt fingertopparna mötas.
Väggen mellan slidan och ändtarmen skall kännas ungefär jämntjock hela vägen tills man kommer ned till själva ändtarmsöppningen, där väggen blir tjockare.
- **Anovaginala avståndet.**
Bedöm tjockleken på perinealkroppen mellan dina två fingrar:
 - > 2 cm = normal perinealkropp.
 - 1–2 cm perinala muskelfästen kan vara skadade och/eller sfinkterskada kan finnas.
 - 0–1 cm skada av de perinala muskelfästen och/eller sfinkterskada skall misstänkas.
- **Sfinktrar.**
Palpera med ett finger i rectum och be patienten att spänna bäckenbotten. Om sfinktrarna (inre och yttre) är intakta ska du känna en helt rund kompression runt ditt finger. Avföring i ändtarmsmynningen kan vara ett tecken på att den interna sfinktern är skadad.

Dokumentation

Dokumentera anamnes, vilostatus, knipförmåga samt planering av uppföljning i journalen och i eventuell remiss. Vid dokumentation av dina fynd kan du använda dig av följande begrepp.

Tonus vid knip	
Vilotonus	Vila, avslappnad bäckenbotten
Hypotont	Känns löst, rymligt, slapt
Normotont	Vävnader sluter om fingrar
Hypertont	Svårt att få in fingrar, stramt

Knipförmåga	
0	Ingen muskelspänning
1	Förnimmelse av anspänning
2	Svag anspänning
3	Moderat anspänning
4	God anspänning
5	Riktigt stark anspänning

Uthållighet	Tiden för maximal anspänning i musklerna i antal sekunder
<1	Tendens till anspänning
1–3	Kortvarig anspänning
4–6	
>6	Normal anspänning

Sidoskillnader i knipförmåga?	
Jämn	Ojämn

Behandling

- Bäckentträning är förstahandsbehandling och ska rekommenderas i stort sett alla kvinnor som fött barn. Avslappning mellan knipövningar är viktigt eftersom en överspänd bäckenbotten kan ge smärta.
- Det är viktigt att tänka på att först ett år efter avslutad graviditet och eventuell amning ses full läkning av bäckenbottensskador.
- Trasiga muskler kan inte lagas med hjälp av bäckenbottenträning. Vid tre till sex månaders korrekt utförd träning av bäckenbotten,

utan resultat, kan ett annat behandlingsalternativ vara aktuellt. Trots god knipförmåga kan kvinnan ha symtom från underlivet, det kan tyda på att muskelfästena i mellangården inte sitter ihop som de ska.

- Vid anal inkontinens kan bäckenbottenträning hjälpa, men är ej vetenskapligt bekräftat.

Bäckenbottenträning

”Hitta-knip”, identifieringsknip

- Ligg på rygg med böjda knä, knip runt ändtarmen, slidan och urinröret i 2 sekunder. Avslappning och vila i 2 sekunder. Upprepa 10 gånger, tre gånger per dag.

Styrketräning för bäckenbotten

- Knip så mycket du kan runt ändtarm, slida, urinrör och lyft uppåt. Knipet hålls kvar i 6 - 8 sekunder. Avslappning 6 - 8 sekunder. Upprepa 10 gånger, tre gånger per dag.

Uthållningsknip

- Knip oavbrutet i två minuter.

Funktionellt knip

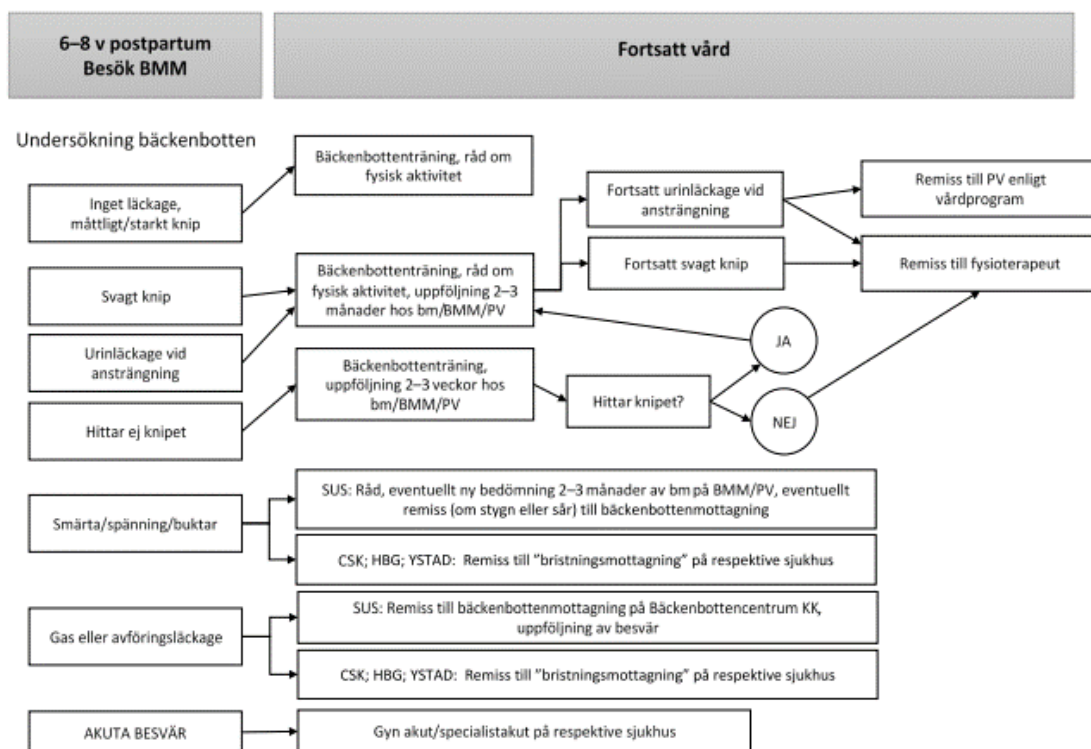
- Knip före hostning, skratt eller liknande tryckökningar på bäckenbotten.

Östrogenbehandling

Ammande kvinnor har en relativ östrogenbrist i vulva och vagina vilket kan ge trängningar, sveda och smärta vid samlag. Vid sådana besvär kan du rekommendera lokalt östrogen eller glidmedel som finns att köpa receptfritt på apotek. Kontraindikation till lokalt östrogen är tidigare östrogenpositiv bröstcancer.

Uppföljning

Om du konstaterar onormala fynd vid undersökning eller om patienten har besvär kan du skicka remiss enligt flödesschema:



- Om det finns misstanke på levatorskada kan remiss skrivas till bristningsmottagning på respektive sjukhus för bedömning.
- Patienten kan även skriva en "egen vårdbegäran till kvinnosjukvården på grund av förlossningsskada"

Mer information och länkar

Utbildningsfilm om hur en gynekologisk undersökning vid eftervårdsbesök kan gå till. Den är främst riktad till barnmorskor inom mödrahälsovården i utbildningssyfte men kan också användas av andra yrkeskategorier som undersöker bäckenbotten.

- [Start \(backenbottenutbildning.se\)](http://backenbottenutbildning.se)

Klicka på rutan För vårdpersonal och skapa ditt konto

Kontaktuppgifter till fysioterapeuter med inriktning på kvinnors hälsa.

- [Fysioterapeuter med specialisering eller kompetens inom obstetrik, gynekologi och urologi \(kompetenskartan.se\)](http://kompetenskartan.se)

Patientinformation om träning av bäckenbotten finns på 27 språk.

- [Bäckenbottenträning - hur gör man \(nikola.nu\)](http://nikola.nu)

Patientinformation om bristningar och träning av bäckenbotten finns på bäckenbottenutbildningen.

- [Patientinformation - Om underlivet efter förlossning.pdf \(backenbottenutbildning.se\)](http://backenbottenutbildning.se)

Definition av bristningar efter förlossning

Utifrån diagnoskod

Första gradens bristning	O70.0	Skada på huden i vulva, labiae eller vagina
Andra gradens bristning	O 70.1	Skada på perineala muskler/fästen men inte ändtarmsmuskeln.
	O70.1a	Perinealbristning grad 2 som omfattar mindre än halva perinealkroppen. <i>Bristningen omfattar upp till halva perinealkroppen. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei eller fästena för dessa muskler. Kan innefatta mindre än 2 cm djup vaginalbristning.</i> "Liten grad 2"
	O70.1b	Perinealbristning grad 2 som omfattar mer än halva perinealkroppen .

		<i>Bristningen omfattar mer än halva perinealkroppen. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei eller fästena för dessa muskler. Kan innefatta mindre än 2 cm djup vaginalbristning.</i>
		<i>"Medelstor grad 2"</i>
	O70.1c	Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning djupare än 2 cm i nedre delen av vagina. <i>Bristningen i vagina är upp till 4 cm lång. Bristningen omfattar perinealkroppen, är upp till 4 cm lång samt är mer än 2 cm djup. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei, m. puboanalis, m. pubovisceralis eller fästena för dessa muskler samt septum rektovaginale.</i>
		<i>"Stor grad 2 med nedre vaginalbristning"</i>
	O70.1d	Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning djupare än 2 cm som når till övre delen av vagina. <i>Bristningen omfattar perinealkroppen, är mer än 4 cm lång samt är mer än 2 cm djup. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei, m. puboanalis, m. pubovisceralis eller fästena för dessa muskler samt septum rektovaginale.</i>
		<i>"Stor grad 2 med hög vaginalbristning"</i>
	O70.1e	Unilateral skada på m. levator ani <i>Skada på ena sidans m levator ani ventralt om perinealplanet. M levator ani är fragmenterad eller avlöst från symfyisen. Diagnosen kan användas ensam eller i kombination med annan bristningsdiagnos.</i>
	O70.1f	Bilateral skada på m. levator ani <i>Skada på båda sidors m levator ani ventralt om perinealplanet. M levator ani är fragmenterad eller avlöst från symfyisen. Diagnosen kan användas ensam eller i kombination med annan bristningsdiagnos.</i>
	O70.1W	Perinealbristning grad 2, annan specificerad
	O70.1X	Perinealbristning grad 2, ospecificerad
Isolerad vaginalruptur	O71.4	Perineum och sfinktrar hela, ej penetrerande ruptur av vaginalvägg högre upp
Isolerad fullväggsskada	O71.8	Penetrerande fullväggsskada mellan tarm och vagina ovanför sfinkterkomplexet. <i>Sfinkterkomplexet är inte påverkat.</i>
Tredje gradens bristning	O70.2	Skada på perineum och analsfinkter
	O70.2C	Sfinkterruptur, mindre än halva externa sfinktern <i>Analkanalen har bibehållen rund form och främre väggen är täckt av vävnad där en del utgörs av extern sfinkter.</i>

	O70.2D	Sfinkterruptur, mer än halva av den externa sfinktern (inkl total ruptur av externa sfinktern utan engagemang av interna sfinktern) <i>Analkanalens runda form är påverkad men den interna sfinktern syns hel</i>
	O70.2E	Sfinkterruptur, ruptur av både externa och interna sfinktern. <i>Analkanalens runda form är påverkad och endast rektalslemhinnan är hel</i>
	O70.2F	Isolerad skada på den interna sfinktern <i>Den externa sfinktern är hel men det finns en ursparning i bakre slidväggen oralt om den där bara tarmvägg känns. Den interna sfinktern syns i kanterna och/eller med ultraljud. Klassas som sfinkterskada i Bristningsregistret</i>
		Sfinkterruptur, ospecificerad- utan närmare diagnostik
Fjärde gradens bristning	070.3	Fullväggsskada genom perineum, analsfinktrar och tarmvägg i analkanalerna som kan sträcka sig upp i rektum. <i>Skadan i huden fortsätter ovanför linea dentata där huden i anusöppningen övergår i tarmslemhinna i analkanalerna. Den interna sfinktern som börjar vid linea dentata är då delad.</i>

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Karin Hallstedt	Mödrahälsovårds överläkare	Karin.Hallstedt@skane.se
	Louise Blomqvist	Samordnings- barnmorska	Louise.Blomqvist@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Utvecklingsenhet Kvinnohälsa		
Kontaktperson Koncernkontoret	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	Susana.sjokvist@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2021-12-01	2023-12-01	Karin Hallstedt, Louise Blomqvist
Revidering	2023-11-14	2026-11-14	Pernilla Wargéus
Revidering			
Revidering			
Revidering			

Referenser och länkar

Susanne Åhlund: [Pelvic floor complications after vaginal birth : short- and long-term consequences for primiparous women in Sweden \(openarchive.ki.se\)](#)

Olsson A, Lind C, Rotstein E, Fernando M. 2020. Bäckebotten och förlossningsskador. Gothia

Jenny Kugelberg, 2017. PALPATION OCH UTVÄRDERING AV BÄCKENBOTTEN. BMM Stockholm södra, Stockholm läns landsting.

C Fridén, B Nordgren, S Åhlund. 2011. Graviditet, hälsa och träning. Studentlitteratur