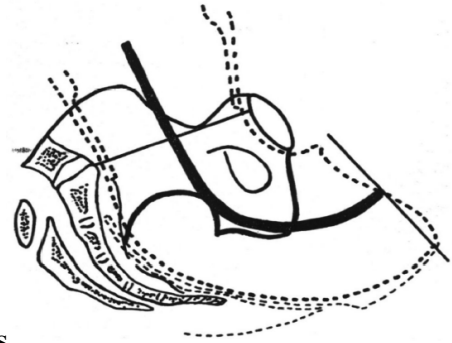


Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 05.11.2023/05.11.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 4.00
Godkjenner: Kessler, Jørg	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Elham Baghestan	Dok.id: D16113

## Viktige faktorer ved forløsning (både operativ vaginal forløsning og spontan fødsel):

### 1. Husk fødselskanalens retning:

- Utgangen står vinkelrett på inngangen
- Hvis man ikke følger fødselskanalens naturlige krumning, er det høy risiko for at barnet kommer gjennom perineum.



### 2. Hodet skal forløses langsomt,

millimeter for millimeter, for å tøye perineum og introitus.

3. Beskytt perineum. Forskjellige metoder kan brukes (håndgrep 1 og håndgrep 2, se bildet); det er ikke vist at én er bedre enn den andre.
4. Fødestillingen må tillate at fødselshjelperen får god oversikt over perineum og kan lett utøve støtte av perineum.



#### Håndgrep nr. 1:

Støtter perineum med buet hånd, samler vevet i grepet (krummet hånd).



#### Håndgrep nr. 2:

Støtter perineum med tommel- og pekefinger; de tre andre fingrene støtter mot haken (Modifisert Ritgens håndgrep).

Den som har ansvaret for fødselen (lege eller jordmor) har også ansvaret for å beskytte perineum. Lege som forløser kan be annen lege om hjelp til å støtte perineum, men har fortsatt ansvaret.

## Tiltak for å beskytte perineum

1. Fødselshjelperen bruker to hender ved forløsning.

2. Den ene hånd eller instrument bremser hodets forløsningshastighet ved kroning.
3. Andre hånd støtter perineum, enten med modifisert Ritgen eller krummet hånd. Med fingrene "klemmer" sammen fra sidene for å lette trykket i midtlinjen av bakre perineum.
4. Instruere mor om IKKE å trykke, men bare pese-puste når hodet skjærer ut.
5. Kvinnen må føde i en fødestilling som gjør det mulig å ha optimal visualisering av perineum.
6. Vurdere episiotomi ved behov/indikasjon, se avsnittet om episiotomi.
7. Korrekt episiotomiteknikk må benyttes når man velger å klippe. Mediale klipp må ikke brukes og ved mediolaterale og laterale klipp må vinkelen av klippet være stor nok for å oppnå "beskyttende" effekt, dvs. 60-70 grader **når hodet buker**.
8. Det må tilstrebtes å forløse hodet mellom 2 rier og ikke på ri. Bruk rien til forløsning av kroppen.
9. Fødselshjelperen må være klar og tydelig i sin kommunikasjon med den fødende kvinne.
10. Ved vaginal fødsel etter tidligere perineal rift grad 3-4, må kvinnen forløses av en erfaren jordmor.

## Forløsning av skuldrene

Skuldrene fødes spontant ved de fleste fødsler. Hodet kan "stå over en ri" hvis barnets tilstand er god, men oftest ikke mer. Se metode "[Skulderdystoci](#)".

Det er som regel den bakre skulderen som blir født først ved en normal fødsel, kfr. fødselskanalens retning. Vent derfor med å senke barnets hode for å forløse fremre skulder til den bakre er født. Forøk på å forløse fremre skulder før bakre øker risikoen for perinealskade. La barnet dreie den veien det vil, ikke den veien fødselshjelperen synes det skal. Beskytt perineum under forløsningen av skuldrene.

## Opplæring

Det er nærmeste leder sit ansvar å tilrettelegge undervisning og opplæring i beskyttelse av perineum. Alle som jobber med fødseler må gjennomgå obligatorisk trening i beskyttelse av perineum. Dette skal loggføres og ved manglende deltagelse må det begrunnes.

Både den enkelte og dens nærmeste leder har ansvar for at alle som jobber med fødseler skal ha fokusert individuell opplæring. Dette betyr at hvis det oppstår en grad 3-4 ruptur under fødselen skal man ha en gjennomgang og selvevaluering sammen med sin nærmeste leder eller personer som leder utnevner. Man skal også gjennomgå trening og opplæring på nytt. Nærmeste ledere skal tilrettelegge for tverrfaglig opplæring for personalet hvor man skal trene i normale og operative forløsninger på tvers av faggruppene (jordmødre og leger).

## Episiotomi

Den som har ansvaret for fødselen (lege eller jordmor) har også ansvaret for å legge episiotomi. Lege som forløser kan be annen lege om hjelp til å legge episiotomi, men har fortsatt ansvaret.

### Indikasjon?

1. For å få barnet raskere forløst (asfyksi)

2. Når risikoen for at det kan oppstå en sfinkterskade og/eller en omfattende skade av perineum eller vulva anses som større uten episiotomi enn med episiotomi. Som for eksempel kvinner med tidligere perineal ruptur grad 3-4 eller kvinner som tidligere har fått utført inngrep i perineum.
3. Skulderdystoci. Gir bedre manøvreringsrom.
4. Forventet stort barn.

## Når?

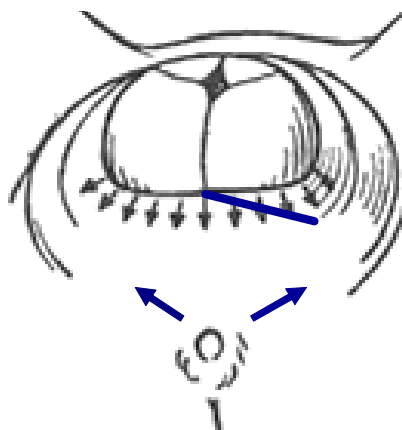
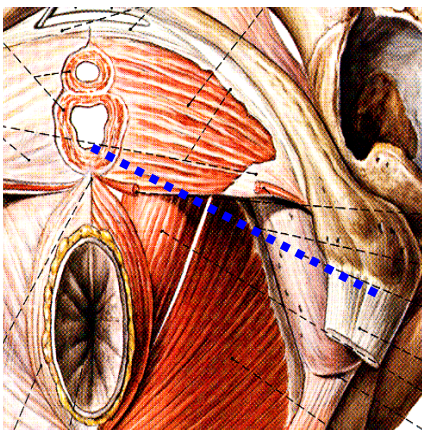
5. Episiotomien legges når hodet (eller setet) står i utskjæringen og perineum buker godt.
6. Man klipper vanligvis under ri.

## Hvordan?

7. Mediolateral episiotomi
8. Stor, rett, skarp saks (ikke spiss!)
9. Flaten på saksens bransjer holdes vinkelrett på vevet
10. Lengde på minst 2-3 cm (ellers ingen hensikt)
11. Ha retningen klar

## Hvor?

12. Klippet må startes fra kl 5-6
13. Klippetretning: Like bak tuber ischiadicum. Det tilsvarer ca 60-70° fra vertikalplanet
14. Husk at når hodet kroner i utskjæringen er vevet i perineum maksimalt strukket og eksterne sfinkter er tilsvarende strukket oppover. Derfor må vinkelen av episiotomi være større for å unngå å klippe i eksterne sfinkter.



## Diagnostikk og sutur

Se metode ”[Sutur av episiotomier og av fødselsskader i vulva, vagina og perineum](#)”. Den som har lagt episiotomien/fremkalt riften skal som hovedregel selv suturere. Unntak: Legen må forlate fødestuen umiddelbart etter forløsningen på grunn av andre, presserende gjøremål. Rifter grad 3 og 4 skal alltid sutureres av lege.