

# Nytt prosjekt om bruk

Det er store variasjoner i keisersnittfrekvensen mellom fødeavdelingene i Norge. Norsk gynekologisk forening og Den norske legeforening har derfor tatt initiativ til et gjennombruddsprosjekt for å se om det er rom for forbedring.

Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor, Kvinneklinikken Ahus. Medlem av redaksjonsrådet for Jordmora

Over 70 fødselsleger og jordmødre fra hele landet var samlet til ideseminar for gjennombruddsprosjektet i Oslo. Det var innlegg som både belyste erfaringene fra forrige gjennombruddsprosjekt, komplikasjoner ved keisersnitt for mor og barn, og erfaringer fra flere fødeavdelinger. Avtroppende leder i Norsk gynekologisk forening, Knut Hordnes åpnet møtet. Han fortalte at bakgrunnen for invitasjonen er at det er store variasjoner i keisersnittfrekvens mellom fødeavdelingene,

og mellom helseregionene i Norge. I 2011 var det 21 % keisersnitt i Hedmark og 12 % i Hordaland. Det utføres cirka 10 000 keisersnitt årlig i Norge nå. Variasjonen mellom land er enda større, USA 35 %, Italia 38 %, Brasil 80 %, de nord europeiske landene >20 %. Det er ingen faglig enighet, verken nasjonalt eller internasjonalt, om hva som er «riktig» keisersnittfrekvens.

I 1998 var det også et gjennombruddsprosjekt for keisersnitt, da deltok 24 av 26 fødeavdelinger i Norge. Prosjektet varte i ett år. Det var tverrfaglige arbeidsgrupper i avdelingene med fokus på fødselsomsorg og prosedyrer. Det var opp til avdelingene lokalt å velge sine egne fokusområder. Hordnes avsluttet med å si at keisersnittfrekvensen ikke sank etter det prosjektet, og det er fortsatt store variasjoner mellom avdelingene. Men i fagmiljøet mener mange at uten prosjektet ville frekvensen vært høyere i dag. Med bakgrunn i arbeider som ble gjort tilknyttet prosjektet i 1998 var det en lege som tok doktorgrad og en lege som tok mastergrad.

## Hva er et gjennombruddsprosjekt?

Audun Fredriksen, fagsjef i Legeforeningen, orienterte om gjennombruddskonseptet. Han fortalte at Legeforeningen har gjennomført flere gjennombruddsprosjekter etter keisersnittprosjektet. Prosjektene har blitt støttet av blant andre Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet. Et gjennombruddsprosjekt er et for-

bedringsprosjekt. Metoden er basert på å støtte endringer i fellesskap. Formålet er ikke først og fremst å få ny viten, men å få hjelp til å gjøre det en allerede vet at en bør eller må gjøre.

- Tverrfaglige enkeltprosjekter som tar utgangspunkt i lokale behov for forbedring.
- Sentral ressursgruppe som sikrer faglig tyngde.
- Metode for systematiske forbedringer ved målinger av resultat.
- Prosjektstyring med korte tidsfrister.
- Grundig veiledning tilpasset behov. Selv om hovedhensikten ikke er å framskaffe ny viten foreslår Legeforeningen nå to prosjekter:
- Forbedringsprosjekt, med Legeforeningen som prosjekteier.
- Forskningsprosjekt, med noen med forskningskompetanse som prosjekteier.

Mike Robson fra Dublin viste i foredraget sitt hvordan en fødeavdeling kan bruke sin egen praksis som forbedringspotensial. Han sa blant annet at vi må konsentrere oss om de tilfellene som går dårlig. Han sammenliknet med toppidrettsutøvere innen golf. De dveler ikke ved de gode slagene, men de dårlige, og særlig de skikkelige dårlige. «Oxycytocin er en farlig medisin, og vi må se på når, hvorfor og hvordan vi brukere den,» sa han. I Irland har de forandret standarden for hva som er akseptabel ri aktivitet: Ikke mer enn sju rier på 15 minutter for førstegangsfødende,

## ■ Robsons ti grupper

1. Førstegangsfødende med spontane rier, ett foster i hodeleie, > 37 uker
2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, > 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, spontane rier, > 37 uker
4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, > 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie og > 37 uker
6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie
7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie
8. Alle multiple graviditeter
9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie
10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie

Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson

# av keisersnitt

og ikke mer enn fem rier på 15 minutter for flergangsfødende. Han utfordret oss: Vet dere nok om bruken av oxycytocin i avdelingen? Bruk Robsongruppene og se på bruken av oxycytocin i hver gruppe,

## «Jordmødre må følge med, gripe dagen og timen når prosjektet går i gang.»

og hvorfor oxycytocin ble brukt. De gruppene det er viktigst å ha fokus på er Robson gruppe 1, 2 og 5.

### Jordmors betydning for sectionraten

Jordmor Stine Bernitz fra Fredrikstad snakket om Jordmors betydning for sectionraten, blant annet med bakgrunn i undersøkelsen hun gjorde i doktorgradsarbeidet sitt. Hun la også vekt på at avdelingene må se på sin egen praksis, og knytte den an til god forskning. Hva er «langsom framgang»? Definisjonen av dette varierer mellom avdelingene, på hennes avdeling fant de at 40 % av de akutte keisersnittene som ble utført på grunn av langsom framgang hadde normal progresjon. Utfordringene er å definere fødselsstart/ aktiv fødsel, og at det er manglende kunnskap om den normale fødselsprosessen. Hun utfordret jordmødrene: «Jordmors integritet trues ikke ved tverrfaglig samarbeid!»

Jordmødrene Lotta Halvorsen og Hilde Nerum fra Tromsø foreleste om «Keisersnitt på eget ønske» med bakgrunn i sine doktorgradsarbeider. Grunnleggende i deres arbeid er at de spør kvinnene hva ønsket om keisersnitt egentlig er uttrykk for? Er det virkelig keisersnitt kvinnen ønsker? De ser det som en reaksjon på en annen krise eller andre livshendelser. De redegjorde for de ulike tilnærmingene i samtaler med

kvinner som har «fødselsangst» eller har uttrykt ønske om planlagt keisersnitt uten medisinsk årsak:

- Mestringsholdning: forhandler ikke med kvinnen om forløsningsmetode,

men styrker kvinnes generelle selvtillit og tilliten til helsevesenet.

- Autonomi holdning: legger vekt på en så god fødselsopplevelse som mulig, uavhengig av forløsningsmetode, og på at kvinnen ikke skal «tvinges» til å føde. De satte opp noen faremomenter hvis samtaler mer får karakter av forhandling enn behandling:

- Fare for å undervurdere angsten.
- Fare for å overvurdere beslutnings evnen.
- «Jeg vil ikke føde» betyr oftest «jeg ser ingen annen utvei». Vi må hjelpe henne til å se utveien som vi mener er den beste på kort og lang sikt.
- Fare for å overse den indre konflikten; både vil og ikke vil føde

Norsk gynekologisk forening avventer finansiering, de har søkt Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet og Helsedirektoratet om midler. Jordmødre må følge med, gripe dagen og timen når prosjektet går i gang, vi kan bidra til at jordmorrelevante problemstillinger og resultater blir del av både gjennombruddsprosjektet og forskningsprosjektet. ■



**KEISERSNITT:** Det utføres omtrent 10 000 keisersnitt årlig i Norge. Illustrasjonsfoto: Scapix/Microstock.