

Kan proaktiv fødselshjelp redusere keisersnittraten?

I denne artikkelen ser jeg på forskning rundt proaktiv fødsel, for få svar på om kunnskapen vi har om metoden er forskningsbasert.



Av Enid Leren, jordmor
Artikkelen er skrevet som avsluttende oppgave på jordmorstudiet.

Keisersnitt er forbundet med komplikasjoner, og kan bidra til en vanskeligere start for barnet (1). Keisersnittraten har steget i alle vestlige land de siste fire tiårene. Ifølge WHO kan man ikke forsvare en keisersnittrate på mer enn 10-15 % (2). Allikevel fortsetter keisersnittraten å stige, både i Norge og andre vestlige land, og i 2008 ble 17,1 % av alle fødte i Norge forløst med keisersnitt (3). Verdens helseorganisasjon beskriver økningen i keisersnitt som et folkehelseproblem av epidemisk størrelse (2).

Komplikasjoner forbundet med keisersnitt spenner fra de relativt ufarlige, som urinveiseinfeksjon og overfladiske sårinfeksjoner, til de mer alvorlige som trombose, blødning og infeksjoner (1). Etter å ha fulgt opp 2 751 kvinner som hadde gjennomgått et keisersnitt fant en norsk studie at så mange som 21,4 % fikk én eller flere komplikasjoner (4). I tillegg til de negative aspektene for mor og barn, er den økende keisersnittraten også et samfunnsøkonomisk

problem. I stortingsmelding 12, «En gledelig begivenhet», anslås det at en fødsel med keisersnitt, inklusive operasjonskostnad og cirka 6 dagers liggetid i 2008 koster omtrent 55 000 kroner. En vanlig sykehusfødsel uten operasjonskostnad og med en liggetid på rundt fire dager, koster omtrent 22 000 kroner (5).

Ifølge folkehelseinstituttet (6) kan noe av økningen i andel keisersnitt forklares. På begynnelsen av 70-tallet begynte man å bruke nye tekniske hjelpemidler som gjorde det mulig å påvise sykdom og skade tidligere og dermed være i stand til å gripe inn med keisersnitt før det var for sent. Noe av økningen kan også henge sammen med økningen av gjennomsnittsalderen hos mødrene, økningen av antall førstegangs fødende og økningen av antall flerfødsler (6). Keisersnitt på indikasjon «mors ønske» har også bidratt til noe av økningen. I tillegg er det en selvforsterkende faktor at når keisersnittraten øker, øker også andelen fødende med tidligere keisersnitt (6).

ABSTRACT

Aim: To evaluate whether existing literature support the fact that "Proactive support of labor" reduces cesarean section rates among nullipara.

Background: The cesarean section rate has been rising for four decades. It continues to rise, without any evidence of improvement in maternal or fetal outcome. The concept "Proactive support of labor" claims to contribute in reducing cesarean section rates in nullipara.

Methods: A study of literature was preformed. Existing research articles regarding essential elements in the concept "proactive support of labor" were evaluated.

Findings: There were no available studies concerning the

concept "proactive support of labor". There was, however, much research to be found on the separate elements that "proactive support of labor" consists of. Three of these elements are: The importance of the duration of the latent phase of labor, early correction of dysfunctional contractions with amniotomi an oxytocin-infusion and continuous one-to-one support. Studies regarding these three elements showed that each of the elements, independently, reduced cesarean section rates among nullipara.

Conclusion: Until a randomized controlled study who considers the concept in its entirety is available, it is difficult to scientifically acknowledge that "proactive support of labor" reduces the cesarean rate.

Key words: Latent phase, cesarean section, amniotomi, oxytocin, continuous support.



Den nederlandske obstetrikeren Paul Reuwer mener han har kommet opp med et konsept som kan bidra til å redusere keisersnittraten. Ifølge Reuwer (7) har rundt ti prosent av førstegangsfødende vanskelige fødsler. Ved å fange opp disse og gi de hjelp på et tidlig tidspunkt i fødselen, vil fødselen bli kortere og mange keisersnitt vil unngås (7). Han mener videre, at fordi tiden på fødselen reduseres, vil kvinnen få en bedre opplevelse og dermed ønske å føde vaginalt ved eventuelle senere fødsler.

Ved St. Elisabeth Hospital i Nederland har Dr. Reuwer og hans kollegaer implementert proaktiv støtte i fødsel siden 2002, og de kan vise til Nederlands beste statistikk når det kommer til spontane, vaginale fødsler hos førstegangsfødende (7). Ved Oslo Universitetssykehus HF Rikshospitalet, har fødeavdelingen blitt inspirert av Paul Reuwer sitt konsept. I februar 2010 startet de med å følge opp førstegangsfødende ut ifra retningslinjene til konseptet proaktiv støtte i fødsel. Etter oppstarten har de hatt en nedgang på tre prosent i antall førstegangsfødende som tar keisersnitt (8).

«Proaktiv support of labor» er et begrep og et konsept som først ble kjent da boken med samme navn ble publisert i 2009. Systematiske søk i store databaser som ProQuest, PubMed og Cochrane gir derfor ingen relevante funn som omhandler konseptet. Paul Reuwer, førsteforfatter av boken, kjenner heller ikke til noe forskning som går direkte på proaktiv støtte i fødsel og keisersnittfrekvens (9). Han påpeker vanskeligheten med å utføre en randomisert, kontrollert studie på bruken av proaktiv støtte og keisersnittfre-

NATURLIG: Stadig flere kvinner tar keisersnitt både i Norge og andre vestlige land. Kan proaktiv støtte i fødsel hjelpe flere kvinner til å føde naturlig? Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Økningen i keisersnitt beskrives som et folkehelseproblem av epidemisk størrelse.»

kvens, da proaktiv støtte i fødsel er et konsept som består av flere komponenter. I tillegg er det vanskelig å sammenligne forskjellige sykehus da det ikke finnes standardiserte kriterier for fødselsstart.

Til tross for mangelen på vitenskapelige studier

av proaktiv støtte i fødsel, uttrykker Reuwer (9) sikkerhet i at bruken av proaktiv støtte i fødsel reduserer keisersnittfrekvensen, noe tall fra St. Elisabeth Hospital og Rikshospitalet muligens kan bekrefte. I dagens fødselsomsorg forventes det imidlertid at jordmødre utfører kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis skal bestå av en kombinasjon av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning (10). Da det ikke finnes forskning som går direkte på bruken av proaktiv støtte i fødsel, er det på sin plass å spørre seg om kunnskapen i proaktiv støtte i fødsel er forskningsbasert. Proaktiv støtte i fødsel består av forskjellige komponenter. Denne artikkelen vil se på eksisterende forskning om disse forskjellige komponentene. Ved kritisk å vurdere denne forskningen opp imot konseptet proaktiv støtte i fødsel, ønskes det med denne artikkelen å svare på spørsmålet "er kunnskapen i proaktiv støtte i fødsel forskningsbasert?"

Bakgrunn

Proaktiv støtte i fødsel

Artikkelen vil starte med å gå nærmere inn på hva proaktiv støtte i fødsel innebærer ved å gi en oppsummering og presentasjon av boken "Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth" (7). "Proactive support of labor" er et relativt nytt begrep i obstetrikken, og denne boken danner grunnlaget for begrepet. I denne artikkelen har jeg valgt å vekse mellom begrepene «proaktiv støtte» og «proaktiv støtte i fødsel» på norsk.

Boken er skrevet av Paul Reuwer, Hein Bruinse og Arie Franx (7) som alle er leger og forskere. Paul Reuwer jobber som formann og direktør for spesialistutdanningen i obstetrik og gynekologi ved St.

utfall. I tillegg bekymrer det forfatterne at mødrene ofte sitter igjen med en dårlig fødselsopplevelse.

«Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth» (7) er en manual designet for å redusere keisersnittraten og bedre kvinners fødselsopplevelse. Boken inneholder en plan for omsorgen av normale, friske kvinner i fødsel. Den er laget for å gjenopprette balansen mellom naturlig fødsel og medisinske intervensjoner. Hovedmålet med boken er å forbedre jordmødre og legers ferdigheter, for å fremme spontan vaginal fødsel, og for å forbedre kvinnens opplevelse av fødselen.

Boken er delt inn i tre deler. Den første delen gir en oversikt over problemområdet. Den er skrevet som en tankevekker, og går dypere inn på det forfatterne ser på som fundamentale problemer i moderne fødselshjelp, nemlig den økende keisersnittraten og kvinners opplevelse av fødselen.

Del to av boken ser på grunnleggende kunnskap angående fødselshjelp. Mye av kunnskapen i tradisjonell fødselshjelp har blitt viderefremmet fra lærer til elev, og fra tekstbok til tekstbok. Ifølge forfatterne har dette ført til at dagens fødselsomsorg neglisjerer flere av de fysiologiske forutsetningene som fremmer en tilfredsstillende og trygg fødselsopplevelse. I del to forklares, blant annet ved å henvise til hvordan pattedyr føder ute i naturen, den grunnleggende biofysikken som dominerer de naturlige prosessene i en fødsel.

Del tre er ifølge forfatterne (7) den viktigste delen av boken. Her presenteres en trinn-for-trinn beskrivelse av hvordan man kan benytte seg av «proaktiv støtte» begrepet i praksis. Hovedpoengene i proaktiv støtte inkluderer en klar diagnose av fødselsstart, tidlig identifisering og korrigerende av dysfunksjonelle rier, konsekvent oppfølging, personlig oppmerksomhet og forpliktelse og kontinuerlig en-til-en oppfølging. Dersom alle disse kriteriene er tilstede vil fødselshjelperen være i stand til å fremme en spontan og trygg fødsel. Keisersnittraten vil synke, og kvinnens opplevelse av fødselen vil forbedres.

«En-til-en støtte er et viktig element i proaktiv-konseptet.»

Elisabeth Hospital/ Brabant Medical School i Nederland. Hein Bruinse er professor i foster- og maternell medisin ved University Medical Center Utrecht i Nederland, mens Arie Franx er direktør for videreutdanningen i jordmorfag ved St. Elisabeth Hospital. Gjennom sitt arbeid har de sett at den naturlige fødselsprosessen oftere og oftere avbrytes av medisinske intervensjoner, uten at man alltid kan se fordelene av det. Ifølge forfatterne har det i løpet av de siste tiårene vært en ubønnhørlig vekst i keisersnittratene, en vekst som ikke kan valideres med forbedringer i perinatale

Hvordan implementere «proaktiv støtte» i praksis?

I konseptet «proaktiv støtte» anerkjennes det faktum at en kvinnes første vaginale fødsel er fundamentalt forskjellig fra påfølgende fødsler. En vellykket første fødsel øker sannsynligheten for at påfølgende fødsler skal foregå problemfritt. Likeledes er det tenkelig at en traumatisk første fødsel kan gjenta seg selv. Ved keisersnitt hos førstegangsfødende øker sannsynligheten for keisersnitt ved påfølgende svangerskap (7).



En klar diagnose av fødselsstart er det viktigste poenget i overvåkningen av en fødsel. Dersom diagnosen av fødselsstarten er feil, er det sannsynlig at påfølgende forholdsregler og intervensjoner også blir feil (7). Ifølge forfatterne kan en pålitelig diagnose kun settes ved hjelp av objektive mål. Regelmessige, smertefulle rier er en forutsetning for å kunne si at fødselen er i gang. I tillegg er det en betingelse at mormunnen er avflatet (men det er ingen krav om at mormunnen må ha tre-fire cm åpning). Tegningsblødning og vannavgang er også tegn som tyder på at fødselen er i gang (7).

Forfatterne mener altså at man skal definere førstegangs fødende i fødsel når de har regelmessige, smertefulle rier og avflatet mormunn, med eller uten tegningsblødning og vannavgang.

Mye av fokuset i «proaktiv støtte» ligger i å forhindre langvarig fremgang. For å forhindre langvarig fremgang, må det jobbes ut ifra en nøyaktig definisjon av varigheten av en fødsel. Ved å støtte seg til statistikk og det faktum at lange fødsler er emosjonelt og fysisk utmattende for kvinnen mener forfatterne at en fødsel bør ha en lineær progresjon med minimum en cm per time, og at en fødsel ikke skal vare i mer enn 12 timer (7).

Tidlig i fødselsforløpet skal man vaginalundersøke kvinnen hver time, ettersom langsom fremgang tidlig i forløpet er en klar indikator på at fødselsarbeidet er ineffektivt. Når åpningen har nådd tre cm kan man nøye seg med å undersøke hver annen time. Fordi pro-

gresjonen i fødsel skal være lineær, skal man etter tre timer være i stand til å forutse forventet tidspunkt for fødsel med en feilmargin på +/- en time. Dette tidspunktet skal fødselshjelperen dele med kvinnen som en motivasjon (7).

Dersom fremgangen er tilfredsstillende ut ifra gitt definisjon, skal fødselen foregå uten inngripen fra fødselshjelperen. Dersom det er langsom fremgang derimot, skal dette korrigeres. I første omgang ved hjelp av amniotomi, og dersom dette ikke er tilstrekkelig må man i tillegg starte en oxytocin-ufusjon (7).

Kontinuerlig en-til-en støtte er et viktig element i proaktiv-konseptet. Kontinuerlig støtte har vist seg å bidra til et signifikant kortere fødselsforløp hos førstegangs fødende. I tillegg reduserer det behovet for smertestillende og behovet for stimulering av fødselen, og det øker sjansen for spontan vaginal fødsel. Ifølge forfatterne er fordelene ved kontinuerlig støtte størst dersom det starter tidlig i fødselen, noe som bidrar til viktigheten av den tidlige diagnosen av fødselen (7).

Metode

Design

Denne artikkelen er en litteraturstudie. I en litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier (11). Formålet med denne litteraturstudien er å få en oversikt over tilgjengelig forskning som omhandler noen av komponentene proaktiv støtte i fødsel er bygget på.

Som tidligere forklart ligger mye av fokuset i pro-

FØLG OPP: Støtte fra jordmor bidrar til kortere fødselsforløp, viser proaktiv-konseptet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

aktiv støtte i å forhindre langvarig fremgang allerede fra tidlig i fødselsforløpet. I tillegg er kontinuerlig en-til-en støtte et viktig element i proaktiv-konseptet. Man kan derfor anse betydningen av latensfasens varighet, tidlig korrigerende av dysfunksjonelle rier med amniotomi og oxytocin og kontinuerlig tilstedeværelse som essensielle komponenter i proaktiv støtte. Ved å beskrive tilgjengelig forskning angående disse tre elementene separat, er håpet å få bedre innsikt i om, og hvordan, de tre komponentene kan bidra til å redusere keisersnittfrekvensen hos førstegangsfødende. Ved å analysere de valgte studiene vil artikkelen i tillegg forsøke å svare på om konseptet bygger på pålitelige forskningsresultater, og dermed kan anses som forskningsbasert kunnskap.

Søkeprosess

Som påpekt tidligere finnes det altså ingen tilgjengelig forskning som viser at selve konseptet proaktiv støtte i fødsel reduserer keisersnittraten. For å svare på om proaktiv støtte i fødsel er forskningsbasert, kan man isteden forsøke å finne svar på om de forskjellige elementene isolert sett reduserer keisersnittraten. Tre komponenter i proaktiv støtte som denne artikkelen har valgt å se nærmere på er:

- Komponent I: Betydningen av latensfasens varighet.
- Komponent II: Tidlig korrigerende av dysfunksjonelle rier ved hjelp av amniotomi og oxytocin.
- Komponent III: Kontinuerlig en-til-en støtte.

Søkeordene som ble brukt i søkeprosessen i forbindelse med komponent I var *latent phase, cesarean section, first stage, delivery, obstetric method og nullipara*. For å finne artikler til komponent II ble søkeord som *amniotomi, oxytocin, nullipara, latent phase, first stage og cesarean section* brukt. Til komponent III inkluderte man søkeordene *continuous support, one-to-one midwifery og labor support*. Ved hjelp av disse søkeordene har det blitt utført systematiske søk i databasene PubMed, Proquest, Cochrane. I tillegg har det blitt utført manuelle søk i google scholar og helsebiblioteket og relevant litteratur fra referanselistene til relevante artikler og boken "Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth" har blitt gjennomgått.

Inklusjonskriterier

Kun artikler som har blitt vurdert til å ha høy, eller middels til høy kvalitet, er inkludert. Kvaliteten på artiklene er vurdert ut ifra sjekklister fra kunnskaps-senteret (12). Sjekklisene inkluderer spørsmål om formålet med studien, randomiseringsprosedyre, blinding av deltagere og helsepersonell, redegjøring for frafall og hvor presise resultatene er.

Proaktiv støtte i fødsel handler kun om førstegangsfødende, med et friskt foster i hodeleie, til termin. I tillegg skal fødselen starte spontant, og fødselen skal være forventet normal. Til tross for dette har noen artikler som omhandler fleggangsfødende også blitt inkludert, men kun i tilfeller hvor overføringsverdien

NATURLIG: Målet med proaktiv fødselshjelp er at flere kvinner skal føde uten keisersnitt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



har blitt vurdert som stor nok. To av studiene, Maghoma & Buchmann, 2002 og Gharoro & Enabudoso, 2006, er fra afrikanske land, noe som gjør det vanskelig å vurdere om resultatene kan overføres til norske forhold. Disse er inkludert fordi de ser på fysiologiske forhold hos fødekvinne som sannsynligvis er like verden over. I tillegg er studiene utført på store sykehus med ressurser og muligheter til for eksempel oxytocin-infusjon og keisersnitt.

Når det gjelder artikler relatert til tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier ved hjelp av amniotomi og Oxytocin, og kontinuerlig en-til-en støtte, er det kun inkludert én artikkel for hver av disse komponentene. Dette fordi det i begge disse tilfellene er utgitt relativt nye Cochrane reviews som dekker innholdet i komponentene. Angående komponent II, tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier ved hjelp av amniotomi og oxytocin, ble det utgitt et Cochrane review i april 2009. Det er utført inngående søk, ved hjelp av søkeprosessen forklart ovenfor, uten å finne artikler som omhandler temaet, utgitt etter denne datoen. Når det gjelder komponent III, kontinuerlig en-til-en støtte, er det utgitt et Cochrane review oppdatert i januar 2011. Heller ikke her har det vært mulig å finne senere utgitte artikler.

Etiske aspekter

Studiene som er inkludert i denne artikkelen er alle vurdert og godkjent av en etisk komité i landet den er gitt ut. I tillegg er artiklene valgt ut fra tidligere nevnte inklusjonskriterier, uavhengig om de støtter proaktiv fødsel eller ikke. Resultater er presentert så objektivt som mulig.

Tallene fra Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet er anvendt med tillatelse fra Bente Rønnes, overjordmor ved fødeavdelingen på Rikshospitalet.

Resultat

Resultatene fra artiklene inkludert vil her presenteres under forskjellige underkapitler, avhengig av hvilket element innen proaktiv støtte i fødsel de hører inn under.

Latensfasens varighet

Tre artikler som ser på betydningen av latensfasens varighet har blitt vurdert. «Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase» er en retrospektiv studie fra 1993 utført av D. Chelmow, S. J. Kilpatrick og R. K. Laros. Studien undersøker sammenhengen mellom forlenget latensfase og risiko for keisersnitt og andre uønskede utfall (13). Studien er

til tross for sin alder blitt inkludert, dette fordi det er en stor og grundig studie som det fortsatt refereres til i tekster som omhandler temaet. I tillegg er to studier fra Afrika inkludert. Den ene studien, fra 2002, er en retrospektiv kohort studie som vurderte føtale, maternelle og obstetriske risikofaktorer assosiert med forlenget åpningsfase. Studien ble utført av J. Maghoma og E. J. Buchmann og heter «Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labor» (14). Den andre afrikanske studien heter «Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode» og er en retrospektiv studie fra 2006 utført av E. P. Gharoro & E. J. Enabudoso (15). Formålet med denne studien

«Studiene konkluderer med at forlenget latensfase er en uavhengig risikofaktor.»

var å finne hvilken rolle latensfasen spiller for utfallet av fødselen.

Alle tre studiene konkluderer med at forlenget latensfase er en signifikant uavhengig risikofaktor for vanskelig fødsel og keisersnitt (13-15).

En annen tydelig tendens er at førstegangsfødende har en forlenget latensfase oftere enn flegangsfødende. I studien fra 1993 påpekes dette faktum, uten at de viser til tall som støtter dette (13). Gharoro & Enabudoso sin studie konkluderer med at analyser av tallene viser at avvik i latensfasen var mest betydningsfullt hos førstegangsfødende, mens Maghoma & Buchmann viser til at 73 % av kvinnene med forlenget latensfase i deres studie var førstegangsfødende (14).

Chelmow med flere viser videre at forlenget åpningsfase er en uavhengig faktor som assosieres med lavere Apgar-score og behov for nyfødt resusitering (13). Økt risiko for andre maternelle og neonatale komplikasjoner pekes det også på i Maghoma & Buchmanns studie. De viser at gruppen med forlenget latensfase hadde økt risiko for tykt mekoniumfarget fostervann, Apgar-score på mindre enn syv etter fem minutter, og innleggelse på nyfødtavdeling etter fødselen (14).

Undersøkelsen gjort av Gharoro & Enabudoso har i tillegg sett på hvem som foretok den første vaginalundersøkelsen. Majoriteten av kvinnene fikk den første vaginalundersøkelsen foretatt av en uerfaren medarbeider, og forfatterne tror dette kan ha ført til at man ikke har fått gitt korrekt diagnose av fødselsstarten,

og dermed hatt feil tilnærming til fødselen (15). De to andre studiene påpeker også vanskeligheten med å fastsette et eksakt tidspunkt for overgangen fra latensfasen til aktiv fødsel, og identifiserer dette som begrensninger ved studiene (13, 14).

Disse tre studiene er alle retrospektive, noe som gjør det vanskelig å si om fødselshjelperens tilnærming har noe å si for utfallet. Dette påpekes av både Chelmwow med fler og Maghoma og Buchmann. Begge disse studiene avsluttes med en konklusjon hvor de sier at de ikke kan komme med anbefalinger for videre praksis, og at de anbefaler videre forskning for å bestemme den optimale behandlingen av forlenget latensfase (13, 14).

Tidlig korrigerende av dysfunksjonelle rier med amniotomi og oxytocin

«Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care» er et Cochrane review utgitt i 2009. Et Cochrane review er en oversiktsartikkel utgitt av The Cochrane Collaboration, som er et anerkjent organ for utgivelser av denne type artikler. En oversiktsartikkel har med utgangspunkt i et spørsmål lett etter, kritisk vurdert, og sammenfattet all god forskning på det aktuelle området (10).

Hensikten med den nevnte oversiktsartikkelen var å vurdere effekten av en strategi med tidlig amniotomi

var mer tydelig i forebyggingsstudiene, enn i terapistudiene (16).

Det ble observert en kortere lengde på fødslene i alle de inkluderte studiene. I forebyggingsstudiene var det en antatt reduksjon i fødselsvarigheten på 70 minutter (16). Selv om man kan tenke at et kortere fødselsforløp er en attraktiv effekt for kvinnene, finner denne oversiktsartikkelen for lite informasjon angående kvinnes syn på denne effekten.

Når det kommer til andre utfall av fødselen som instrumentell vaginal forløsning og bruk av epiduralanalogi vises ingen effekt av tidlig amniotomi og oxytocin (16). Det kan heller ikke bevises noen effekt på ugunstige maternelle utfall som hyperstimulering av uterus, postpartum blødning, maternell blodoverføring eller postpartum feber eller infeksjon. Angående føtal morbiditet og mortalitet vises det heller ikke til noen effekt av tidlig amniotomi og oxytocin (16).

Elleve av de inkluderte studiene gjelder førstegangs fødende, den tolvte ser på en mikset populasjon av førstegangs fødende og flergangs fødende (16). De tolv studiene inkludert bruker forskjellige kriterier for å diagnostisere fødselsstart. Seks av studiene bruker avflating av cervix som et kriterium for fødselsstart, mens de resterende seks studiene mener cervix må ha begynt å åpne seg (2-3 cm).

Kontinuerlig støtte

“Continuous support for women during childbirth” er i likhet med artikkelen ovenfor, en oversiktsartikkel utgitt av The Cochrane Collaboration.

Oversiktartikkelen går igjennom 21 artikler, med til sammen 15 061 kvinner. Hovedmålet med gjennomgangen er å vurdere effekten av kontinuerlig en-til-en støtte i fødselen sammenlignet med rutinemessig pleie (17).

Funnene i oversiktsartikkelen viser at de kvinnene som fikk kontinuerlig støtte hadde kortere fødsler, de hadde mindre sannsynlighet for å ende med keisersnitt eller vaginal operativ forløsning, de hadde mindre sannsynlighet for å få analgesi og de hadde mindre sannsynlighet for å rapportere misnøye (17). Videre viser analysen av studiene at kontinuerlig støtte tilsynelatende ikke har noen påvirkning på bruken av oxytocin, innleggelse på barneavdeling etter fødsel, amming eller post-partum depresjon (17).

Kontinuerlig en-til-en støtte ser ut til å ha best effekt når den utføres av noen som ikke er ansatt ved institusjonen hvor kvinnen føder, og derfor ikke har forpliktelser til andre enn kvinnen (17). De studiene

«Det ble observert en kortere lengde på fødslene i alle de inkluderte studiene.»

og tidlig administrasjon av oxytocin for å forhindre, eller som behandling for, langsom fremgang. Tolv studier med til sammen 7 792 kvinner ble analysert. Ti av de tolv studiene så på effektene av å forebygge unormal progresjon i fødsel ved hjelp av amniotomi og oxytocin, disse ble kalt «forebyggingsstudier». De to siste studiene presentert i oversiktsartikkelen så på effektene av å bruke amniotomi og oxytocin som standard terapi, såkalte «terapistudier» (16).

Hovedfunnet i oversiktsartikkelen var at tidlig intervensjon med amniotomi og oxytocin assosieres med en beskeden reduksjon i keisersnittraten sammenlignet med standard pleie (16). De fant «number needed to treat» (NNT), det antall kvinner som måtte behandles for å unngå et keisersnitt, til å være ca. 68 (16). Videre beskrives det at reduksjonen i keisersnitt



som har sett på støtte fra partner/slekting/venn viser imidlertid at støtte fra noen fra kvinnens sosiale nettverk også er effektivt (17).

I fire av studiene inkludert var oppstarten av kontinuerlig støtte på et tidlig tidspunkt i fødselsforløpet. I de resterende 17 studiene var oppstarten på varierende, dog senere, tidspunkt i fødselen (17).

Ingen av studiene rapporterer noen negative aspekter ved kontinuerlig en-til-en støtte (17).

Diskusjon

Forlenget latensfase er en signifikant uavhengig risikofaktor for vanskelig fødsel og keisersnitt (13-15), tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier med amniotomi og oxytocin assosieres med en beskjeden reduksjon i keisersnittraten sammenlignet med standard pleie (16) og kontinuerlig en-til-en oppfølging gir mindre sjanse for å ende med keisersnitt (17). Oversiktsartikkelen til Wei med flere (16) viser i tillegg at tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier med amniotomi og administrasjon gir en kortere lengde på fødslene. Kontinuerlig en-til-en støtte fører også til kortere fødsler (17). I tillegg fører intervensjoner forbundet med de tre valgte komponentene i konseptet proaktiv støtte, til flere andre positive utfall for mor og barn.

Det ser altså ut til at de tre komponentene i proaktiv støtte i fødsel bidrar til å redusere keisersnittraten. Dette bidrar til å styrke troverdigheten til konseptet. Forfatterne av boken bak konseptet legger imidlertid stor vekt på at proaktiv støtte i fødsel er en pakke, og

at suksessen forutsetter at det praktiseres med alle komponentene tilstede (7).

For å vite om resultatene presentert ovenfor kan være overførbare til konseptet må man se resultatene i sammenheng med de kliniske kriteriene i proaktiv støtte i fødsel. I flere tilfeller stemmer ikke de kliniske kriteriene i studiene overens med kriteriene i proaktiv støtte. Som forklart tidligere baserer proaktiv støtte i fødsel seg på en klar diagnose av fødselsstart. Et av de kliniske kriteriene definert av Reuwer (7) er avflatet mormunn. I oversiktsartikkelen som vurderer effekten av en strategi med tidlig amniotomi og tidlig administrasjon av oxytocin, bruker kun halvparten av studiene dette kriteriet. Resten av studiene definerer ikke fødselen som startet før mormunnen i tillegg har åpnet seg 2-3 cm (16).

Studiene som omhandler latensfasens varighet bruker alle enten Friedmans kurve, eller definerer fødselsstart ved 4 cm. Reuwer (7) og hans medforfattere derimot, anerkjenner ikke Friedmans kurve og mener latensfasen er et hypotetisk konsept uten klinisk relevans.

Ifølge forfatterne av boken om proaktiv støtte i fødsel er fordelene ved kontinuerlig støtte størst dersom det starter tidlig i fødselen (7). I oversiktsartikkelen ovenfor var det kun fire av de 17 studiene som praktiserte en tidlig oppstart av kontinuerlig støtte.

Til dags dato kan det altså virke som om Reuwer og medforfattere kan ha vanskeligheter med å hevde at konseptet deres er forankret i evidensbasert

TILFREDS: Når førstegangsfødende får en god fødsel uten keisersnitt, er det økt sjanse for at de ønsker å føde naturlig også ved neste fødsel. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kunnskap. Allikevel kan både St. Elisabeth Hospital i Nederland og Rikshospitalet i Oslo vise til tall som tyder på at implementering av konseptet reduserer keisersnittraten. En mulig forklaring på disse tallene kan simpelthen være at sykehusene har satt fokus på førstegangsfødende og keisersnittfrekvens, jobbet bedre og dermed redusert frekvensen.

Funnene til Wei med flere (16) viser at tidlig intervensjon med amniotomi og oxytocin assosieres med en beskjeden reduksjon i keisersnittraten. Man må allikevel ikke glemme at oxytocin er et svært potent medikament som må brukes på riktig måte. Dette påpeker også Reuwer i sin bok (7). En studie gitt ut i Sverige i 2008 så på 177 barn som hadde fått diagnosen fødselsasfyksi grunnet feilbehandling under fødselen. Så mange som 126 av disse barna (71%) var blitt utsatt for uforsiktig bruk av oxytocin (18). Det er heller ikke uten grunn at oxytocin står på «Institute for Safe Medication Practices» (ISMP) sin liste over medikamenter som har en økt risk for å forårsake betydelig skade hvis brukt feil (19).

Denne artikkelen har hatt mest fokus på hva proaktiv støtte i fødsel kan gjøre med keisersnittraten. Som tidligere forklart er den stadig økende keisersnittfrekvensen et stort problem som det er viktig at man tar tak i. Ifølge Reuwer (9) er imidlertid kortere fødsler med en påfølgende fornøyd fødekvinne et like viktig utfallsmål som keisersnittraten. At kvinnen er fornøyd er i seg selv en svært viktig faktor. I tillegg er det rimelig å tenke seg at tilfredse fødekvinner kan være med på å redusere keisersnittraten, ved at andelen med «keisersnitt utført etter eget ønske, grunnet tidligere traumatisk fødsel» går ned. Det kunne derfor vært svært interessant med en studie som ser på kvinnes tilfredshet med proaktiv støtte i fødsel. Mens en naturvitenskapelig vinkling med kvantitative studier er en fin måte å finne svar på spørsmål angående keisersnittraten, vil kanskje en hermeneutisk vinkling med en kvalitativ studie være en bedre måte å finne svar på spørsmål som angår kvinnes opplevelse? Kvalitative forskningsmetoder kan være velegnet til områder hvor det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, da kvalitative metoder tilbyr en systematisk tilnærming til den grunnmur som kvantitative tilnærminger bygger på (20).

Konklusjon

Uavhengig av hverandre, kan det se ut som om de ulike komponentene i proaktiv støtte i fødsel reduserer keisersnittraten. Frem til det foreligger randomiserte

kontrollerte studier på konseptet som helhet, vil det allikevel være vanskelig å svare på hva som bidrar til reduksjonen i keisersnittraten. Er det en av komponentene, en kombinasjon av komponentene, eller proaktiv støtte sin kombinasjon av alle komponentene? ■

Litteraturliste

1. Salvesen KÅ. Operative forløsninger. In: Brunstad A, Tegnander E, editors. Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe; 2010. p. 489-97.
2. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet*. 2010;375(9713):490-9.
3. Folkehelseinstituttet. F10c/12b: Keisersnitt. Medisinsk fødselsregister; 2011.
4. Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Olan P, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Feb;190(2):428-34.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps- fødsels og barselomsorg. Stmeld Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2009.
6. Folkehelseinstituttet. Hvorfor øker keisersnitt i Norge? 2007 [cited 28.03.11]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:0:0&MainLeft_5648=5544:52713:1:5590:1:0:0.
7. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Proactive support of labor: the challenge of normal childbirth. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
8. Rønnes B. Personlig meddelelse. In: Leren E, editor. Oslo 2011.
9. Reuwer P. E-mail kommunikasjon. In: Leren E, editor. Oslo 2011.
10. Reinart LM, Blix E. Kunnskapsbasert praksis. In: Brunstad A, Tegnander E, editors. Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe; 2010.
11. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur; 2008.
12. Kunnskapscenteret. Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. 2011 [cited 19.04.11]; Available from: <http://www.kunnskapscenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>.
13. Chelmsow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol*. 1993;18(1):486-91.
14. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;22(1):16-9.
15. Gharoro EP, Enabudoso EJ. Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;26(6):534-7.
16. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD006794.
17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2:CD003766.
18. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, Cnattingius S. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. *BJOG*. 2008 Feb;115(3):316-23.
19. Institute for Safe Medication Practices. ISMP's List of High-Alert Medications. 2008 [cited 23.05.11]; Available from: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>.
20. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2003.