

Kontinuerligt stöd till kvinnor under förlossning

Inledning

Förlossningsvården har genomgått stora förändringar både i Sverige och internationellt. När förlossningarna flyttades till sjukhus försvann det traditionella kvinnostödet till den födande kvinnan, och ersattes av förlossningspersonal. Dessa har ofta inte möjlighet att vara närvarande hos patienten under hela förlossningsförloppet för att ge stöd och lindring, utöver rent medicinska åtgärder. Effekten av kontinuerligt emotionellt och fysiskt stöd (till exempel beröring och massage) som utförs av annan person (partner, moder, doula eller liknande) än vanlig vårdpersonal, har inte tidigare sammanställts. Här sammanfattar och kommenterar SBU en översiktsartikel från Cochrane Collaboration om effekten av sådant stöd på själva förlossningen och det nyfödda barnets allmäntillstånd.

Kommenterad rapport

Hodnett ED, Gates s, Hofmeyr GJ, Sakala C.
Continuous support for women during childbirth
Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;10:CD003766.
DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4

Publikationsdatum: 2012-10-17

SBU:s kommentar

I Cochrane-rapporten har man undersökt effekten av kontinuerligt emotionellt och fysiskt stöd. Översikten visar att kontinuerligt stöd under förlossning medför ett flertal positiva effekter såsom minskat antal akuta kejsarsnitt och instrumentella förlossningar, minskat behov av smärtlindring, samt kortare förlossningsförlopp. Dessutom leder det till ett bättre allmäntillstånd hos det nyfödda barnet samt att den födande kvinnan är nöjdare med sin förlossningsupplevelse.

- Det finns inga svenska studier med i sammanställningen, som totalt bygger på 22 studier. En farhåga är att detta begränsar överförbarheten till svenska förhållanden. En större multicenterstudie utförd i USA och Kanada står för

11–33 procent av resultatet i de flesta analyser, men resultaten i denna studie inte är statistiskt signifikanta. Det är de mindre studierna som bidrar till en statistiskt signifikant effekt och det finns därför skäl att tro att resultaten ändå kan överföras till svenska förhållanden.

- Eftersom förlossningsvården ser olika ut globalt finns ett stort behov av studier utförda under svenska förhållanden, där det är vanligt att partnern närvarar vid förlossningen. Detta gör att resultat från länder vars förhållanden i detta avseende skiljer sig från de svenska är av tveksam relevans för svensk förlossningsvård. En svensk studie publicerad i Läkartidningen 2003 undersökte effekten av att ha en doula [1]. Studien identifierades i det initiala artikelurvalet till Cochrane-rapporten, men uteslöts ur senare analys då de data som presenterades var otillräckliga för att bedöma studiens kvalitet.
- En subgruppsanalys visar att effekten av kontinuerligt stöd på kejsarsnittsfrekvens och moderns förlossningsupplevelse är lägre på förlossningsavdelningar som har tillgång till CTG-övervakning eller rutinmässig ryggbedövning, men varför detta sker är oklart. Detta resultat bör dock tolkas med försiktighet men kan vara av intresse att undersöka i framtida studier.
- Det är i dagsläget inte klarlagt om vem som ska stå för det kontinuerliga stödet för att effekten skall bli så stor som möjligt. För att det kontinuerliga stödet ska fungera ska stödpersonen vara med under hela förlossningen. Barnmorskor skulle därför troligen inte kunna stå för det kontinuerliga stödet, även om deras arbetsbelastning minskades, eftersom tiden för en förlossning oftast är längre än ett arbetspass för en barnmorska i Sverige. Svenska arbetstidsregler skulle helt sättas ur funktion och dessutom skulle detta medföra stora kostnadsökningar.

- Svensk förlossningsvård, liksom WHO, har som målsättning att varje förlossning ska vara säker, med så få interventioner som möjligt, samt vara en positiv upplevelse. Till exempel uppmuntras närvaro av partner, doula eller annan av kvinnan önskad person. I vissa delar av världen är detta inte vanligt eller tillåtet (även om allt fler länder tillåter detta), vilket troligen innebär att kontinuerligt stöd skulle ha en större effekt på dessa platser, om det infördes.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporten

I Cochrane-rapporten sammanfattas resultat från 22 randomiserade studier (varav två med stratifierat urval) i vilka kontinuerligt stöd jämförts med sedvanlig förlossningsvård. Studierna var utförda i Australien, Belgien, Botswana, Brasilien, Chile, Finland, Frankrike, Grekland, Guatemala, Kanada, Mexiko, Nigeria, Sydafrika, Thailand samt USA. Studierna varierade i storlek från 34 till 6 915 deltagare. Totalt ingick 15 288 vuxna patienter i studierna, av vilka 7 565 erhöll kontinuerligt stöd och övriga 7 632 fick konventionell förlossningsbehandling.

I 17 studier ingick tydligt identifierade förstföderskor (7 054 individer), i tre studier inkluderades även omföderskor och i två studier saknades uppgift om tidigare barnafödande.

Majoriteten av studierna i rapporten bedömdes ha låg risk för bortfalls- och rapporteringsbias. I cirka hälften av studierna ansågs risken för selektionsbias vara låg och i majoriteten av resterande studier, oklar. I åtta studier bedömdes risken för behandlingsbias vara hög. Sex studier bedömdes vara av låg risk och nio av oklar risk. Av naturliga skäl är vare sig enkel- eller dubbelblint upplägg möjligt att utföra för dessa typer av studier. Detta medför dock att de resultat som baseras på mjuka effektmått, till exempel självrapporterade upplevelser bör tolkas med viss försiktighet.

Primära effektmått var andel spontan vaginal förlossning, behov av smärtlindring och/eller oxytocin, moderns upplevelse av förlossningen, det nyfödda barnets behov av specialistvård och amningssvårigheter.

Sekundära effektmått var förlossningslängd, behov av kejsarsnitt eller assisterad förlossning (sugklocka eller tång), regional smärtlindring (till exempel epiduralbedövning), komplikationer hos moder, svår förlossningsvärta samt barnets allmäntillstånd (Apgar).

Resultat

Resultaten visar att kvinnor som erbjuds kontinuerlig stödjande vård under förlossningen har:

- högre sannolikhet för spontan vaginal födsel (Relativ risk (RR) 1,08, 95 % Konfidensintervall (KI) 1,04–1,12, 19 studier, 14 419 deltagare)
- lägre sannolikhet för behov av allmän smärtlindring (RR 0,90, 95 % KI 0,84–0,96, 14 studier, 12 283 deltagare)
- lägre sannolikhet för modern att hysa negativ upplevelse av förlossningen (utvärderat under uppföljningsintervju) (RR 0,69, 95 % KI 0,59–0,79, 11 studier, 11 133 deltagare).

Ingen effekt kunde observeras gällande komplikationer hos barnet som krävde inläggning på neonatalavdelning eller amningsbesvär.

Gällande de sekundära effektmåtten visades att kontinuerligt stöd gav:

- kortare förlossning (MD -0,58 timmar, 95 % KI -0,85, -0,31, 12 studier, 5 366 deltagare)
- lägre sannolikhet för kejsarsnitt (det enda effektmått som förekom i samtliga 22 studier) (RR 0,78, 95 % KI 0,67–0,91, 22 studier, 15 175 deltagare)
- lägre sannolikhet för instrumentförlossning (RR 0,90, 95 % KI 0,85–0,96, 19 studier, 14 418 deltagare)
- lägre sannolikhet för behov av regional smärtlindring (RR 0,93, 95 % KI 0,88–0,99, 9 studier, 11 444 deltagare)
- lägre sannolikhet för att barnet uppvisar låg Apgar vid 5 min (RR 0,69, 95 % KI 0,50–0,95).

Ingen effekt kunde ses gällande komplikationer hos modern (skada på mellangården) eller förekomst av svår förlossningsvärta.

Ett antal subgruppsanalyser utfördes också. I dessa kunde man bland annat konstatera att effekten av kontinuerligt stöd på kejsarsnittsfrekvens och moderns förlossningsupplevelse var lägre på förlossningskliniker där CTG-övervakning eller ryggbedövning inte var rutin.

En sensitivitetsanalys, där tre studier med hög risk för selektionsbias uteslöts, förändrade inte slutsatserna.

Översiktsförfattarnas slutsatser

Slutsatser från författarna till Cochrane-rapporten är att:

- samtliga kvinnor bör ges möjlighet till kontinuerligt stöd under förlossning, då detta medför klara kliniska fördelar och inga komplikationer kunde identifieras i studien
- förändringar i vårdens organisation och finansiering behövs för att möjliggöra detta
- förlossningspersonalens utbildning och/eller yrkesroll kan behöva justeras eller klarläggas för att kontinuerligt stöd ska kunna inlemmas i verksamheten på ett friktionsfritt sätt
- inga biverkningar eller negativa effekter kunde identifieras i interventionsgruppen.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

Författarna till Cochrane-rapporten efterlyser framtida forskning inom tre områden:

- fler långtidsuppföljningar av effekten av kontinuerligt stöd under förlossning
- fler (och större) studier i låginkomstländer, där effekterna av de prioriteringar som måste göras ofta blir större
- jämförelser av olika typer av utbildning/träning för den stödjande personalen skulle hjälpa beslutsfattare att identifiera de mest effektiva sätten att genomföra dessa på.

Slutligen efterlyses omfattande hälsoekonomisk analys av fältet.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s kvalitetsbedömning av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter (AMSTAR) [2]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt. Rapporten saknar dock hälsoekonomisk utvärdering och är något bristfällig vad gäller beskrivning av patientpopulationen (ålder och övriga sjukdomar).

Apgar

Apgar är ett enkelt kvalitetsmått på den nyföddas allmäntillstånd som utförs första gången en minut efter födsel. Därefter vid 5 och 10 minuters ålder. Fem olika kategorier undersöks och poängsätts (0,1, eller 2 poäng), varefter dessa summeras. Max är således 10 poäng, vilket dock är relativt ovanligt, då majoriteten bland nyfödda uppvisar Apgar 9 efter 1 minut (oftast avvikande hudfärg på benen).

Appearance, Hudfärg (blå/blek över hela kroppen, 0p, rosa kropp, blå armar/ben, 1p, rosa över hela kroppen, 2p)

Pulse, Puls (obefintlig, 0p, <100, 1p, ≥100, 2p)

Grimace, Grimaser, reflexer, retbarhet (ingen respons, 0p, bara grimaserar, 1p, skriker, 2p)

Activity, Aktivitet, muskeltonus (obefintlig, 0p, armar och ben stela, 1p, livlig rörelse, 2p)

Respiration, Andning (obefintlig, 0p, oregelbunden, långsam, 1p, regelbunden, skriker, 2p)

Instrumentförlösning och kejsarsnitt**Sugklocka**

Sugklockan är via en slang kopplad till en vacuum-pump. Sugklockan placeras på barnets huvud och fäster på grund av det undertryck som skapas med hjälp av vacuum-pumpen. Därefter dras barnet fram värksynkront samtidigt som mamman krystar. Ofta får barnets huvud en svullnad efter ingreppet. Denna kan upplevas obehaglig av förälder och barnet (de flesta barn får smärtlindring efter födsel genom sugklocka), men är för det mesta ofarlig och försvinner efter några dagar. Risken för bristningar i kvinnans underliv ökar vid förlösning med sugklocka. Barnets Apgar kan vara påverkat vid 1 minut och 5 minuter.

Tång

För att snabbt avsluta förlösningen kan även barnet förlösas med hjälp av förlösningstång. Detta går allt som oftast snabbare än att använda sugklocka. Med tången greppar man runt barnets huvud, ungefär i höjd med barnets öron och dras ut i samband med en värk. I Sverige är användande av sugklocka vanligare än tång.

Kejsarsnitt

Akut kejsarsnitt kan komma i fråga om förlösningens förloppet stannar av (trots värkstimulerande behandling) eller om fosterljud visar tecken på hög ansträngningsgrad hos fostret. De flesta kejsarsnitt planeras och utförs inom ett par timmar, medan en mindre andel utförs efter kortare beslutstid

Faktarutan fortsätter i nästa kolumn

(så kallade urakuta kejsarsnitt inom 10 minuter och akuta inom 30 minuter. I dessa fall måste den blivande modern sövas, annars räcker ryggbedövning. Därefter görs ett snitt (12–15 cm) strax ovanför blygdbenet, varefter bukmuskler och bukhinna delas. Livmodern öppnas och barn samt moderkaka tas ut. Efter narkosinduktion tar det endast ett par minuter tills barnet är ute.

Förlösningsspersonal**Barnmorska**

Legitimerad sjuksköterska som genomgått barnmorskeutbildning. Denna omfattar ett och ett halvt år och leder till ytterligare legitimation från Socialstyrelsen.

Förlösningssläkare

Legitimerad specialläkare i obstetrik och gynekologi, tar beslut om och utför bland annat kejsarsnitt och i de flesta fall instrumentell förlösning.

Doula

Stödperson (i regel en kvinna), som är närvarande under förlösning som stöd till föderskan (och eventuell medföljande). En doula är inte medicinskt utbildad eller ansvarig. De flesta doulor har genomgått utbildning i hur man på bästa sätt stödjer föderskan och har egen erfarenhet av förlösning. Utbildningen är inte förlagd till universitet och saknar legitimation.

Kontinuerligt stöd

Kontinuerligt stöd under förlösning innefattar handlingar för känslomässigt välbefinnande (närvaro, uppmuntran och tröst), åtgärder för fysisk komfort (massage, beröring, och hjälp med vätskeintag), samt hjälp för den födande att föra fram sina åsikter och önskemål till medicinsk personal.

Systematiska fel (bias)

Systematiska fel (bias) kan uppkomma genom att studiens upplägg och/eller genomförande inte är optimalt. Det finns ett flertal olika systematiska fel som kan påverka studieresultat i varierande grad.

Bortfallsbias

Tillförlitligheten hos studieresultatet är beroende av att de personer som ingår följs upp under hela studietiden och kan tas med i analysen. Särskilt allvarligt är det om bortfallet skiljer sig mellan experiment- och kontrollgruppen.

Faktarutan fortsätter i nästa kolumn

Rapporteringsbias

Rapporteringsbias är en benägenhet att inom ramen för en individuell studie endast rapportera resultat som stödjer interventionen.

Selektionsbias

Selektionsbias är ett problem som uppkommer då interventions- och kontrollgruppen skiljer sig åt gällande andra faktorer än just interventionen. Selektionsbias kan undvikas genom randomisering.

Behandlingsbias

Resultatfel som kan uppstå när en undersökare som bedömer behandlingseffekt känner till vilken behandling patienten fått. Undersökaren kan då tendera att göra förmånligare bedömningar hos de patienter som fått den behandling han/hon tror vara den bästa. Denna typ av fel är ett viktigt skäl för blindning.

Mer om systematiska fel finns att läsa i SBU:s handbok för utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. [3]

Lästips

Janson PO, Landgren B-M, (red). Gynekologi. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010.

Kaplan A, (red). Lärobok för barnmorskor. 3 omarb uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.

Berg M, Lundgren I, (red). Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande. 2 [rev] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010.

Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn
– Medicinska födelseregistret 1973–2009.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-19

Referenser

1. Thomassen P, Lundwall M, Wiger E, Wollin L, Uvnäs-Moberg K. [Doula--a new concept in obstetrics]. *Läkartidningen* 2003; 100(51-52):4268–71.
2. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Anderson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
3. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 1 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013.

Projektgrupp

Sakkunnig

Annsophie Adolfsson, leg sjuksköterska, leg barnmorska, medicine doktor i obstetrik och gynekologi, docent Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro Universitet

Granskare

Kyllike Christensson, professor Institutionen för kvinnors och barns hälsa (KBH), Karolinska Institutet

Projektledare

Stefan Plantman, SBU
Pernilla Östlund, SBU

Kommenterad rapport

Hodnett ED, Gates s, Hofmeyr GJ, Sakala C.
Continuous support for women during childbirth
Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct
17;10:CD003766.
DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar publicerad: 2013-11-12
Originalrapporten publicerad: Okt 2012
Rapporten kan hittas på www.sbu.se/2013_08.

Läs fler SBU Kommenterar på www.sbu.se

Ansvarig utgivare: Måns Rosén, Direktör SBU
Programchef: Jan Liliemark, SBU
Grafisk produktion: YRA

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering
Box 3657, 103 59 Stockholm • Olof Palmes Gata 17
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
E-post: registrator@sbu.se • www.sbu.se