

Tillstånd: Gravid i förlossningens aktiva fas

Åtgärd: Kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Den aktiva fasen av en förlossning karakteriseras av regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att modermunnen är öppen minst 5 cm.

Åtgärden: Kontinuerligt professionellt stöd innebär att den födande kvinnan får stöd av en barnmorska från förlossningens aktiva del tills barnet är fött. Barnmorskan lämnar inte den födande, om inte den födande så begär. När barnmorskans arbetspass är över tar nästa barnmorska vid.

Slutsatser om åtgärden

Foster/barn

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över på utfallet perinatal/neonatal dödlighet (mycket låg tillförlitlighet, ⊕○○○).

För gravid i förlossningens aktiva fas ger kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över, i jämförelse med sedvanlig rutin följande resultat för utfallen:

- morbiditet; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet, ⊕⊕○○),
- APGAR <7 vid 5 minuter; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet, ⊕⊕○○),
- överföring till intensivvårdsavdelning; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet, ⊕⊕○○).

Gravid/moder

För gravid i förlossningens aktiva fas ger kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över, i jämförelse med sedvanlig rutin följande resultat för utfallen:

- perinealbristningar (grad 2–4) eller klipp; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet, ⊕⊕⊕○),
- blödning; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet, ⊕⊕○○),
- instrumentell förlossning; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet, ⊕⊕⊕○),
- kejsarsnitt; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet, ⊕⊕⊕○),
- epidural; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet, ⊕⊕⊕○),
- nöjdhet; fler nöjda med kontinuerligt stöd (låg tillförlitlighet, ⊕⊕○○),
- förlossningslängd; ingen skillnad i tid (måttlig tillförlitlighet, ⊕⊕⊕○).

Det saknas studier för att bedöma effekten av kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över på utfallet förlossningsupplevelser för gravid samt för utfallet amning.

Kommentar

För att påvisa statistiskt säkerställda skillnader gällande sådana ovanliga utfall som mortalitet krävs studier på avsevärt fler individer än de som sammanlagt ingår i en av slutsatserna ovan. Exempelvis skulle en adekvat dimensionerad studie kräva cirka 37 000 individer för att påvisa en teoretisk riskminskning från 0,17 till 0,07 procent (t.ex. från 196 till 80 neonatalt döda per 115 000 födslar), och utan risk att små verkliga skillnader inte upptäcks¹.

Resonemanget kring få händelser är en bidragande anledning till att tillförlitligheten bedömts som mycket låg för utfallet perinatal/neonatal dödlighet.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget har haft en ansats att ta fram studier med kvantitativ eller kvalitativ ansats.

För den kvantitativa delen (effektstudier med utfall på kvinna och barn) utgick underlaget från en välgjord systematisk översikt publicerad år 2017 från Cochrane [1]. Den rapporten har en bredare intervention (inkluderar t.ex. även doula och anhörig) än detta underlag, men två av den rapportens in-

¹ Räkneexempel med $\alpha = 0,05$ och power = 80 %

kluderade studier var relevanta för detta underlag [2] [3]. Vid en uppdatering av den systematiska översiktens litteratursökning identifierades en ytterligare relevant studie [4].

I granskningen ingår således tre studier, en som är genomförd i Sverige [4] där 59 förstföderskor studerades och två som är genomförda i Kanada och USA [2] [3] där 413 förstföderskor respektive 6 915 först- eller omföderskor studerades.

För den kvalitativa delen (upplevelser hos kvinnan) utfördes en litteratursökning specifikt för denna studieform. Dock var det ingen studie som var relevant för detta underlags frågeställning, där både intervention och kontrollbehandling ska vara studerade. Samtliga studier som har exkluderats efter fulltextgranskning redovisas i tabellerna nedan.

Hälsoekonomisk bedömning

Se separat dokument för hälsoekonomi.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna, riskskillnad)	Antal deltagare (antal studier), (referens)	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (sedvanlig rutin)	Interventionsgrupp (kontinuerligt stöd av barnmorska)				
A – Perinatal/neonatal dödlighet	1/3 473	2/3 476	0,00 [-0,00, 0,00]	6 949 (1 studie) [3]	⊕000 Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹ -2 precision ²
B – Morbiditet	254/3 473	246/3 476	-0,00 [-0,01, 0,01]	6 949 (1 studie) [3]	⊕⊕00 Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹ -1 risk för bias ³
C – APGAR <7 vid 5 min	25/3 502	30/3 476	0,00 [-0,00, 0,01]	7 008 (2 studier) [3] [4]	⊕⊕00 Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴ -1 precision ²
D – Överföring till intensivvårdsavdelning	264/3 706	261/3 715	-0,00 [-0,01, 0,01]	7 421 (3 studier) [2] [3] [4]	⊕⊕00 Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴ -1 risk för bias ⁵
E- Perinealbristningar (grad 2–4) samt klipp	1 860/3 461	1 828/3 454	-0,01 [-0,03, 0,02]	6 915 (1 studie) [3]	⊕⊕⊕0 Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹
F-Blödning	91/3 461	93/3 454	0,00 [-0,01, 0,01]	6 915 (1 studie)	⊕⊕00 Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ²

Ufall	Risk i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna, riskskillnad)	Antal deltagare (antal studier), (referens)	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (sedvanlig rutin)	Interventionsgrupp (kontinuerligt stöd av barnmorska)				
				[3]		
G-Instrumentell förlossning	612/3 694	596/3 693	-0,00 [-0,02, 0,01]	7 387 (3 studier) [2] [3] [4]	⊕⊕⊕⊕ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴
H- Kejsarsnitt	474/3 694	462/3 693	-0,01 [-0,04, 0,02]	7 387 (3 studier) [2] [3] [4]	⊕⊕⊕⊕ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴
I-Epidural	2 520/3 694	2 444/3 693	-0,02 [-0,04, 0,00]	7 387 (3 studier) [2] [3] [4]	⊕⊕⊕⊕ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴
J-Nöjdhet	1 939/2 784	2 290/2 866	0,11 [0,08, 0,13]	5 660 (2 studier) [3] [4]	⊕⊕⊕⊕ Fler nöjda med kontinuerligt stöd	-1 överförbarhet ⁴ -1 risk för bias ⁶
K-Förlossningslängd	Median (IQR): 6,9 (4,3–10,6), n=3 461 Mean (SD): 13,7 (3,9), n=30	Median (IQR): 7,1 (4,4–10,8), n=3 454 Mean (SD): 11 (5,7), n=3 461		6 974 (2 studier) [3] [4]	⊕⊕⊕⊕ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴

¹specialutbildad sjuksköterska, motsvarar ej svensk barnmorska, ²få händelser ³rapporteringsbias, olika svårighetsgrader av morbiditet, ⁴specialutbildad sjuksköterska motsvarar ej svensk barnmorska, undersköterska ersatte barnmorska i en studie samt selekterad population ⁵rapporteringsbias, blandade nivåer av intensivvård, ⁶ i en studie var deltagarna randomiserade redan på mödravården.

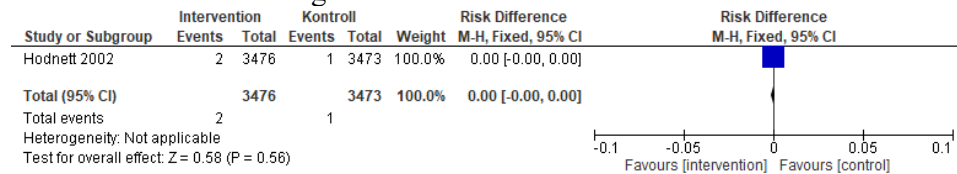
Översikt av inkluderade studier

Författare År Referens Studiedesign Land Risk för bias	Population	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A: Perinatal/neonatal dödlighet	Utfall B: Morbiditet	Utfall C: APGAR <7 vid 5 min	Utfall D: Överföring till intensivvårdsavdelning	Utfall E: Perineal-ristningar (grad 2-4) samt klipp	Utfall F: Blödning	G: Instrumentell förlossning	H: Kejsarsnitt	I: Epidural	J: Nöjdhet	K: Förlossningslängd	Övrigt
Stjernholm et al. 2021 [4] RCT Sverige Låg risk för bias	59 kvinnor, förstföderskor med enkelbördsgraviditet, 37-41 gravveckor	I: Kontinuerligt stöd av en barnmorska/undersköterska under förlossningen. K: Sedvanlig behandling.			I: 0/30 K: 0/29	I: 0/30 K: 0/29			I: 7/30 K: 7/29	I: 1/30 K: 4/29	I: 23/30 K: 26/29	I: 28/30 K: 27/29	Mean (SD) I: 11 (5.7), n=30 K: 13.7 (3.9), n=29	Kontinuerligt stöd av barnmorska eller undersköterska Mycket få patienter trots stort urval. Oklart hur många som tillfrågades och tackade nej att delta i studien.

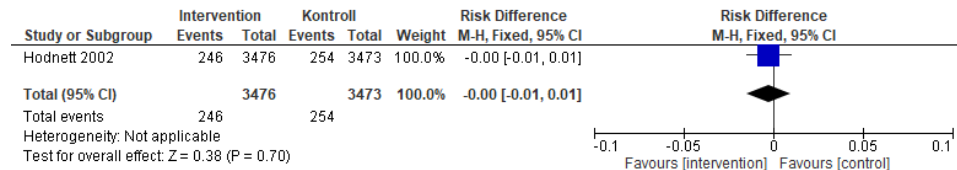
Gagnon et al. 1997 [2] RCT Kanada Låg risk för bias	413 kvinnor, enkelbördsgraviditet, förstföderskor, >37 gravveckor.	I: Kontinuerligt stöd av special utbildad sjuksköterska. K: En sköterska ansvarar för 2-3 patienter.				I: 15/209 K: 10/204			I: 48/209 K: 44/204	I: 29/209 K: 33/204	I: 139/209 K: 142/204			Kontinuerligt stöd av specialutbildade sjuksköterskor. Rutin för hantering vid öppningsskedet skiljer sig från svenska rutiner. Risk för bias: Oblindad studie.
Hodnett et al. 2002 [3] RCT Kanada och USA (totalt 13 sjukhus)	6 915 kvinnor enkelbördsgraviditet eller tvillinggraviditet, förstföderskor	I: Kontinuerligt stöd av special utbildad sjuksköterska, n=3 454. K: Sedvanlig behandling.	I: 2/3 476 K: 1/3 473	I: 246/347 K: 6 254/347 3	I: 30/3476 K: 25/3473	I: 246/3476 K: 254/3473	I: 1828/34 54 1860/34 61	I: 93/3454 K: 91/3461	I: 541/3454 K: 561/3461	I: 432/3454 K: 437/3461	I: 2282/343 4 2352/346 1	I: 2262/ 2836 K: 1912/ 2765	Median (IQR) I: 7.1 (4.4-10.8) K: 6.9 (4.3-10.6)	Specialutbildad sjuksköterska. Risk för bias: Randomiserad på mödravårdcentral (påverkar utfallet nöjdhet).

Analys

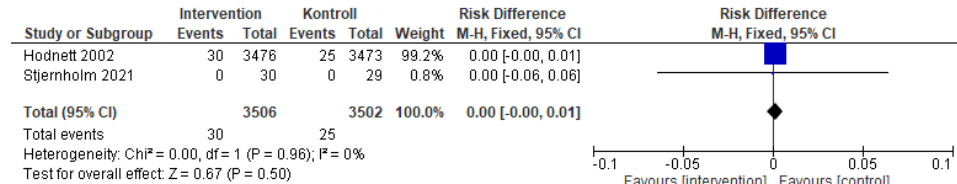
Perinatal/Neonatal dödlighet



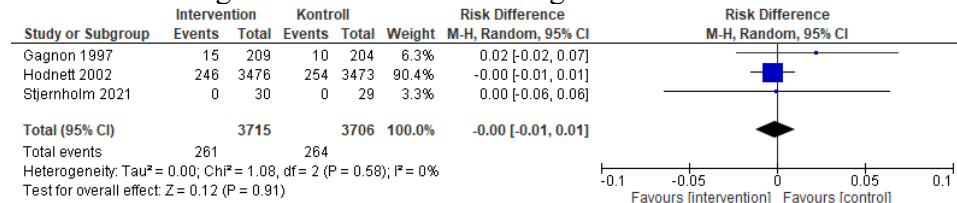
Morbiditet



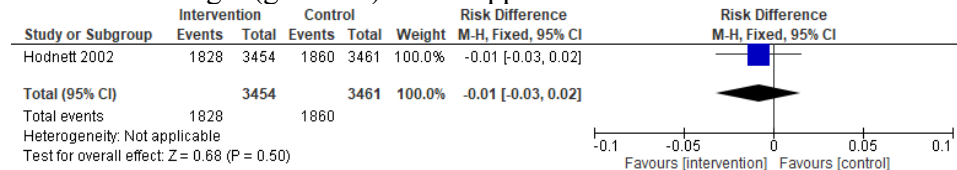
APGAR <7 vid 5 min



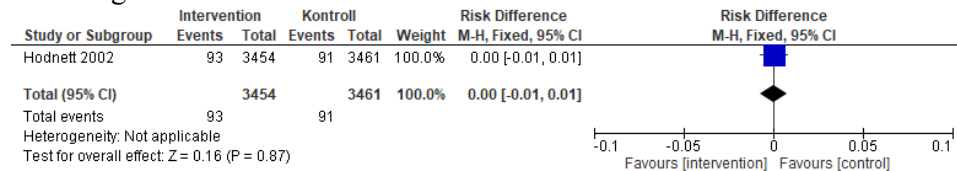
NICU Överföring till intensivvårdsavdelning



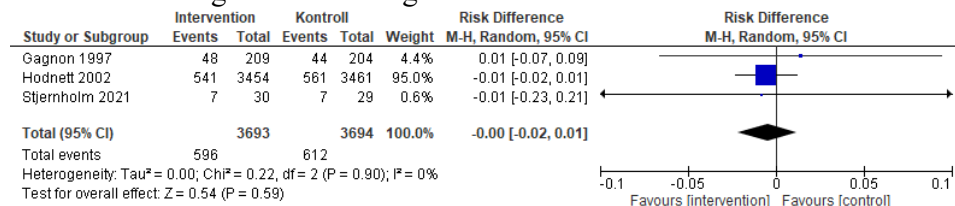
Perinealbristningar (grad 2-4) samt klipp



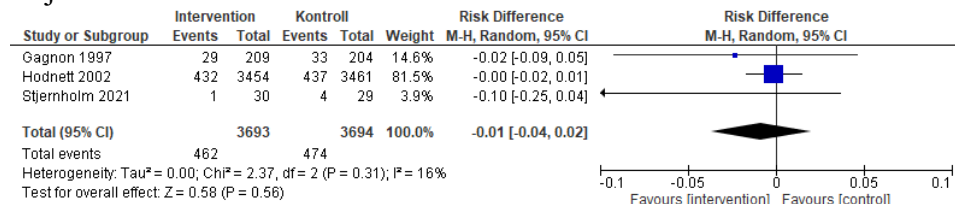
Blödning



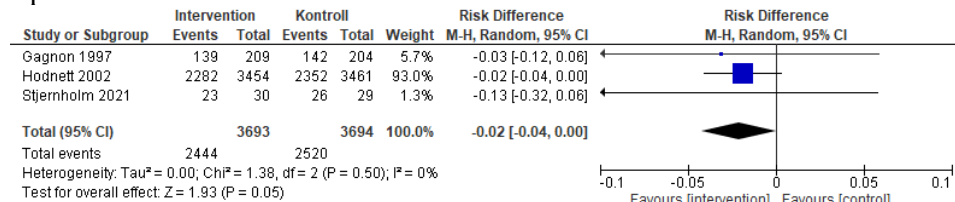
Instrumentell vaginal förlossning



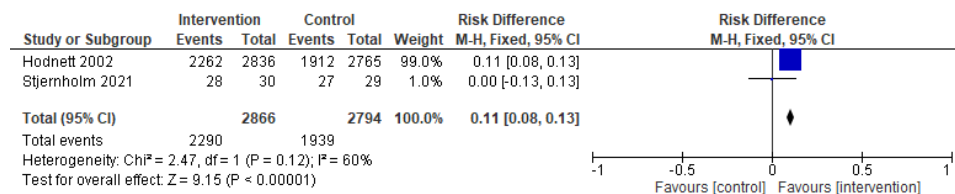
Kejsarsnitt



Epidural



Nöjdhet



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kontinuerligt professionellt stöd på maternella och neonatala utfall för gravida i aktiv förlossning, jämfört med inget kontinuerligt stöd?

- Population/tillstånd: Gravid i förlossningens aktiva fas
- Intervention/åtgärd: Kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva fas och till dess att födseln är över
- Kontrollgrupp: Inget kontinuerligt stöd
- Utfallsmått:
 - Barnutfall
 - Perinatal mortalitet
 - Morbiditet: Allvarlig morbiditet (hjärnskada, kroppsskada, svår infektion etc.)

- Apgar ≤ 7 vid 5 minuter
 - Vård på neonatal intensivvårdsavdelning (NICU)
 - Amning.
- Mödrautfall
 - Mortalitet
 - Intensivvård
 - Morbiditet/komplikationer (t.ex. perinealbristningar, blödningar, instrumentell förlossning)
 - Kejsarsnitt (totalt)
 - Smärtlindring
 - Förlossningslängd
 - Förlossningsupplevelse
 - Trygghet/nöjdhet: (t.ex. satisfaction with information, advice, explanation, venue of delivery, preparation for labour and birth, as well as giving choice for pain relief and behaviour of the care)
- Studietyp: Systematiska översikter, RCT.
 - Övriga inkl./exkl. kriterier: Även kontrollerad studie för utfallet upplevelser.

Sökdocumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1 SÖ, 251 (uppdaterade SÖ) artiklar + 377 (sökning för kvalitetsstudier) artiklar
Artiklar som lästes i fulltext	5 studier från SÖ + 2 studier (uppdaterade SÖ) + 3 studier (kvalitetsökning)
Artiklar som kvalitetsgranskades	3 RCT (2 från SÖ, 1 från uppdaterad sökning SÖ)
Artiklar som inkluderades i underlaget	3 RCT

RCT = Randomiserad kontrollerad studie, SÖ = Systematisk översikt

Litteratursökningen/söksträngarna- se separat dokument för sökstrategi.

Exkluderade studier

Tabell 1 Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av uppdaterad sökning av Cochrane-rapport.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Birth Issues 2003 [5]	Ej relevant I

Tabell 2 Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av studier som ingår i Cochrane rapporten.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Breart [6]	Ej relevant PICO
Breart 1992 [7]	Ej relevant PICO
Gagnon 1999 [8]	Duplikat

Tabell 3. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av kvalitativa studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Ellis 2020 [9]	Ej relevant studiedesign
Hildingsson 2020 [10]	Ej relevant I
Sosa 2018 [11]	Ej relevant C

Referenser

1. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7(7):Cd003766. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
2. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth.* 1997;24(2):71-7.
3. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(11):1373-81. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.288.11.1373>.
4. Stjernholm YV, Charvalho PDS, Bergdahl O, Vladic T, Petersson M. Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women - A Randomized Controlled Study. *Front Psychol.* 2021;12:582823. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>.
5. Continuous labour support offers big benefits to mothers & babies: support from non-hospital caregivers reduced risk of caesarean birth by impressive 26%. *Birth Issues.* 2003;12(1/2):24-7.
6. Breart GGM, Mlika-Cabanne N. Trial B: Results of the continuous professional support trial. In: Kaminski M, editor. *Evaluation of different policies of management of labour for primiparous women.* Paris, France: INSERM; 1992. p. 57-68.
7. Bréart G, Mlika-Cabane N, Kaminski M, Alexander S, Herruzo-Nalda A, Mandruzzato P, et al. Evaluation of different policies for the management of labour. *Early Hum Dev.* 1992;29(1-3):309-12. Available from: [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(92\)90183-h](https://doi.org/10.1016/0378-3782(92)90183-h).
8. Gagnon AJ, Waghorn K. One-to-one nurse labor support of nulliparous women stimulated with oxytocin. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999;28(4):371-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1999.tb02005.x>.
9. Ellis S. Is continuous midwifery support during labour an effective tool for women who fear childbirth? *MIDIRS Midwifery Digest.* 2020;30(1):59-65.
10. Hildingsson I, Karlström A, Larsson B. A continuity of care project with two on-call schedules: Findings from a rural area in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare.* 2020;26:100551. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100551>.
11. Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery.* 2018;62:230-9. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>.