



Hvem vil vel ha en naturlig fødsel?

Stine Bernitz
Oslo, 3.11.2017

Den optimale forløsning



Vacuum-assisted Delivery



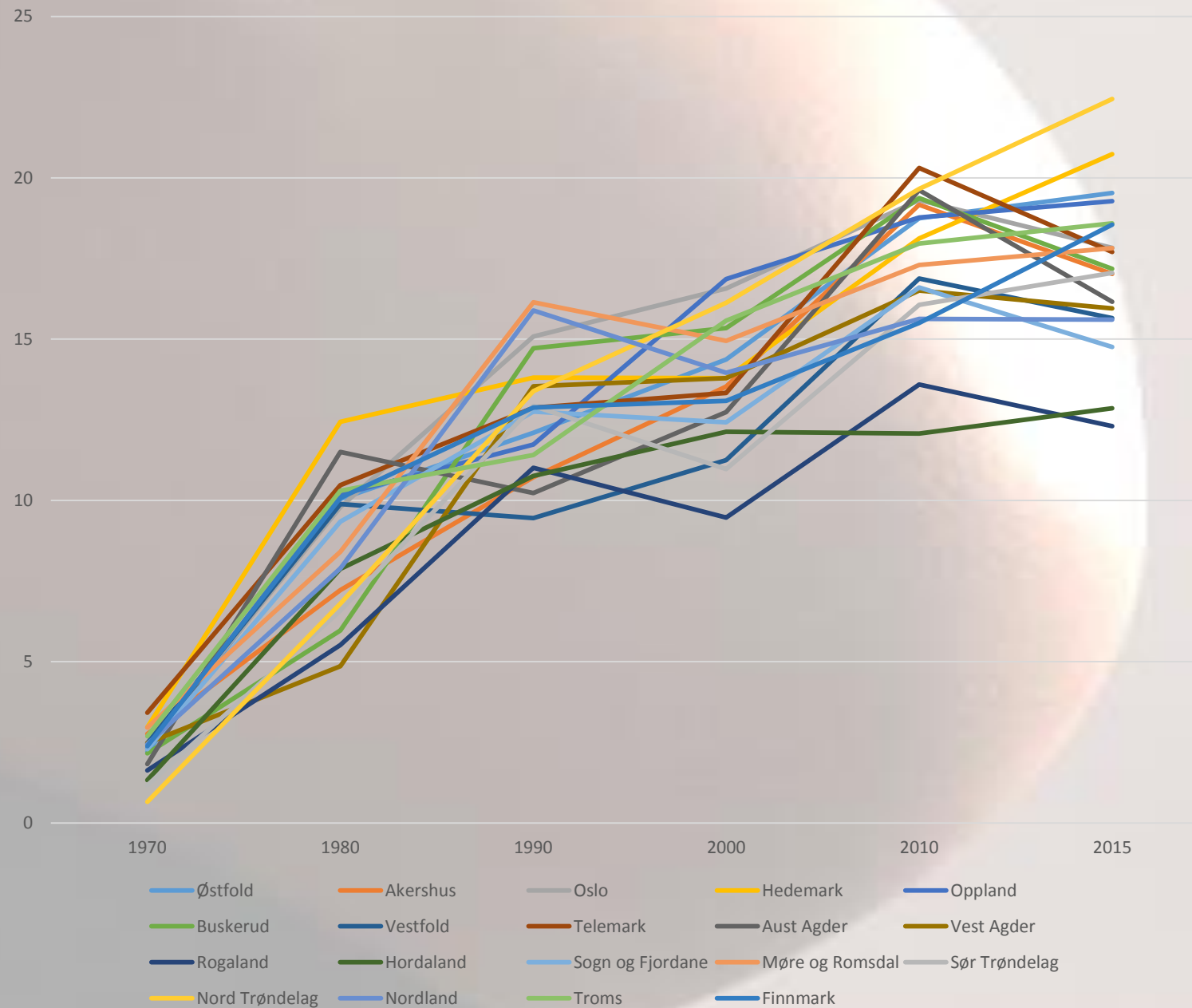
Teknifisering og medikalisering av fødselsomsorgen



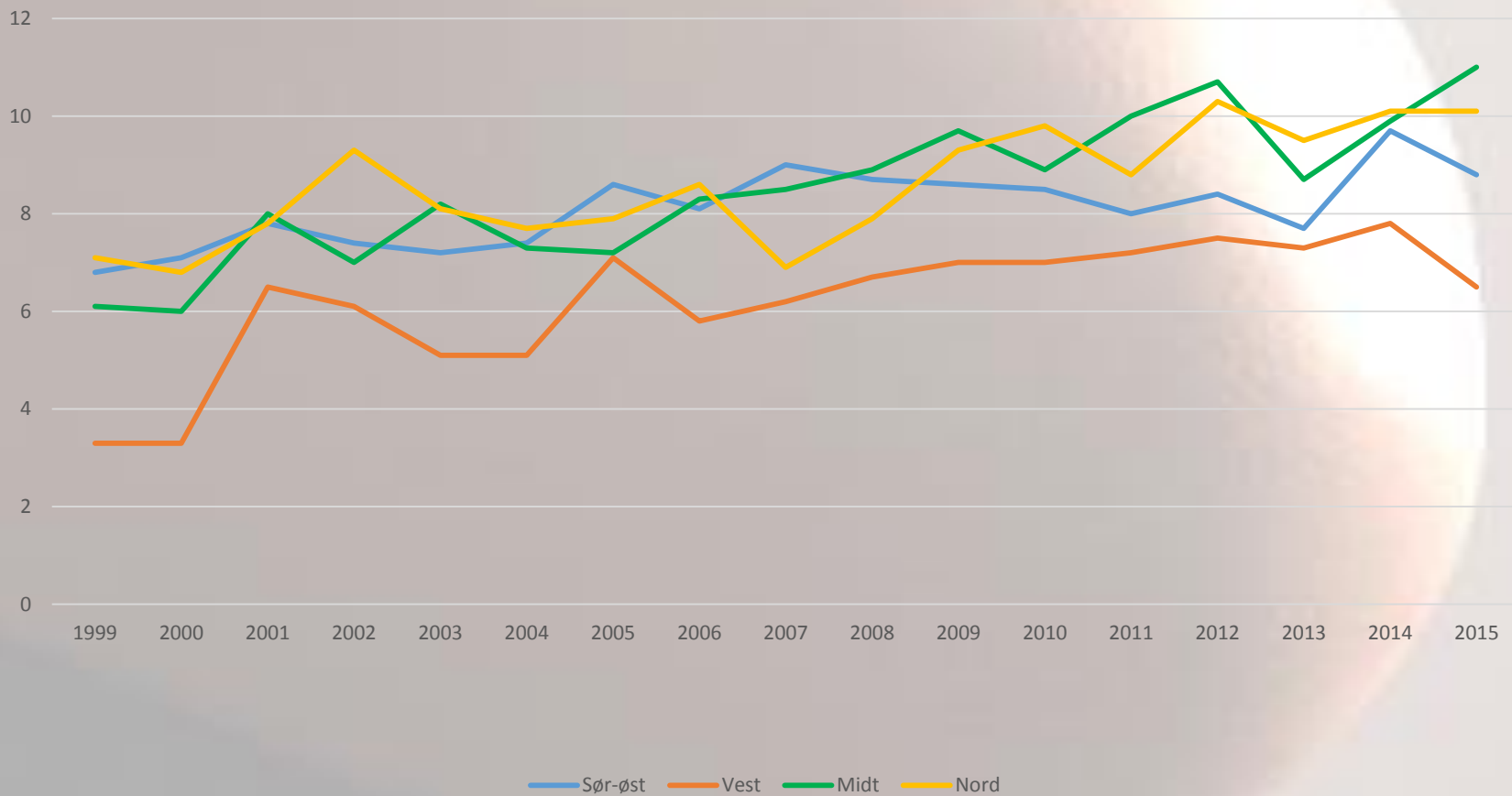
Mangel på nødvendige inngrep



Keisersnittsfrekvens, alle, fylkesvis



Keisersnittsrate Robson gruppe I



Keisersnitt



Økt maternell mortalitet og morbiditet



Økt neonatal morbiditet



Økt risiko for infeksjon og økt liggetid i institusjon



Økt risiko ved senere graviditeter



Redusert sjanse for fullamming



Økte kostnader

Althabe & Belizàn. Cesarean section: the paradox. Lancet. 2006;368; 1472-73

Betràn et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2007;21;98-113

Vincenzo et al. Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? Birth. 2010;37:4,275-79

Villar et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006;367;9525;1819-29

Hall & Bewley. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet. 1999;354:28.776

Elementer som kan påvirke forløsningsmetode og fødselsutfall:

Organisering av fødselsomsorgen

Risiko fokus

Håndtering av latensfasen

Fosterovervåking

Epidural

Langsom fremgang og oxytocin

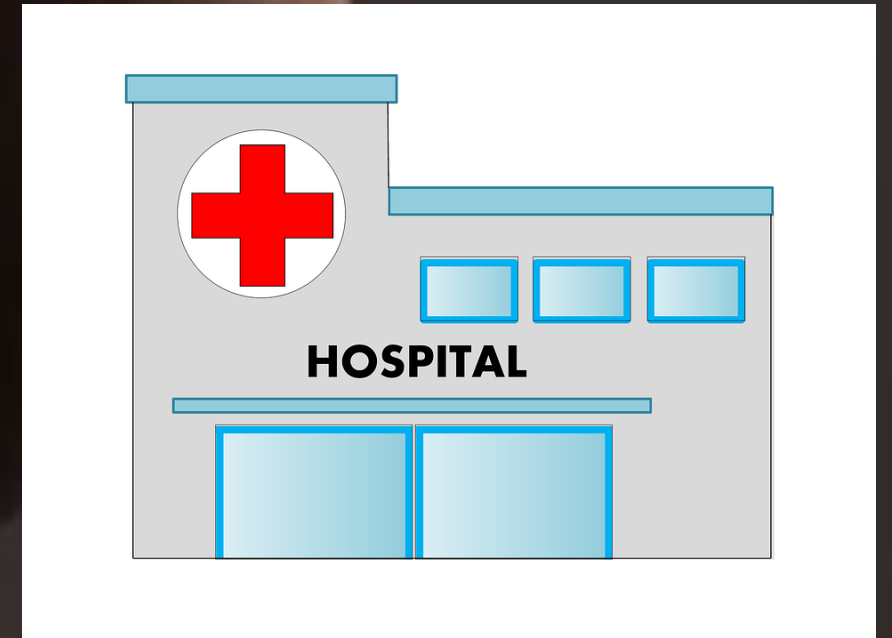
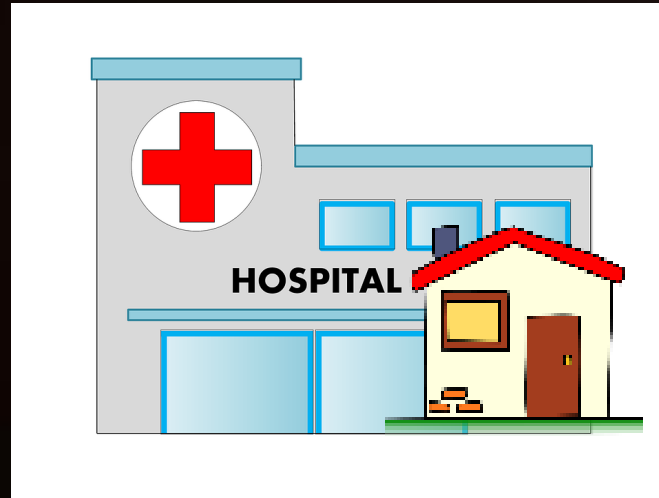
Kultur, holdninger, erfaring og mål

Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

Tilstedeværelse under fødselsforløpet

Evidensbasert fødselsomsorg

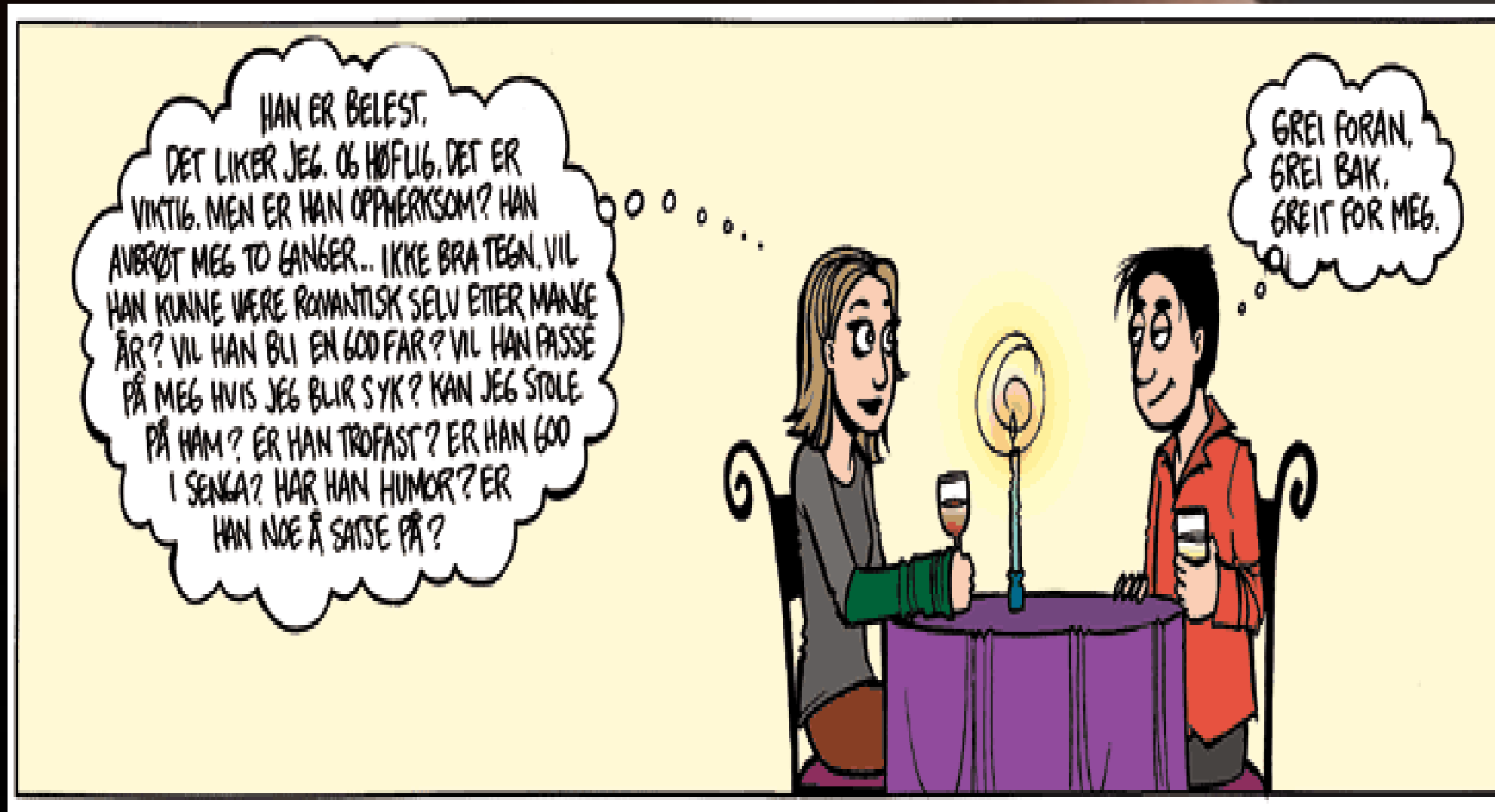
Organisering av fødselsomsorgen



Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub4

Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, Mccourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2011;343.

Risikovurdering på høyt nivå



Håndtering av latensfasen





- Fødselsstart defineres ved sammentrekninger som fører til endringer i cervix (dilatasjon / avflating).
-
- Sammentrekninger i sann fødsel:
- Kommer med jevne intervaller, stadig tettere
- Varighet fra 30 til 70 sekunder
- Vedvarer tross ro eller bevegelse
- Øker jevnt i styrke
- Starter ofte i ryggen og beveger seg frem mot magen
- Latensfasen varer frem til en cervix-
- dilatasjon på 5 cm hos P+ og 6 cm hos P0



Intrapartum care for healthy women and babies

Latensfasen er en tidsperiode, ikke nødvendigvis kontinuerlig, med:

Smertefulle sammentrekninger som fører til Endringer i cervix både avflating og dilatasjon

Latensfasen varer frem til en cervix-dilatasjon på 4 cm

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Definition-of-Term-Pregnancy>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations#latent-first-stage-of-labour>



Det er ingen konsensus om hvordan vi definerer latensfasen i Norge

Fødselsstart er i den norske læreboken i obstetrikk og gynekologi, definert ved Oppstart av regelmessige sammentrekninger med et minimum på 1/10 minutter

I Jordmorboka er latensfasen beskrevet fra det tidspunktet hvor kvinnen selv definerer fødselsstart

Mer enn 70 % av studiene i en stor systematisk oversikt omhandlende diagnostisering av fødselsstart, definerte denne ved regelmessige og smertefulle rier

På samme tid bekrefter forskere at kvinner er rimlig bra på å definere fødselsstart selv uten gitte definisjoner

Obstetrikk og gynekologi, 2015. **Maltau, J.M., Molne, K., Nesheim, B.I.** (red). Gyldendal, Oslo ISBN: 9788205452343

Jordmorboka, 2010. **Tegnander, E., Brunstad, A.** (red). Akribe, Oslo ISBN: 9788279501138

Hanley, G.E. et al. 2016. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy and Childbirth 16:71

Greulich, B. and Tarrant, B. 2007. The Latent phase of Labor: Diagnosis and Management. The American College of Nurse-Midwives. 52:3



Hva er best; tidlig innleggelse eller å bli sendt hjem?



Å bli innlagt i latensfasen er forbundet med økt risiko for medisinske intervensjoner, så som Oxytocinstimulering, EDA, vakuum og keisersnitt

Men, det å bli sendt hjem i latensfasen, eller å bli innlagt for tidlig, er forbundet med negativ fødselsopplevelse som igjen fører til økt fare for planlagt keisersnitt i følgende graviditeter

Hvordan hjelpe kvinner i latenfasen?

Forberedelse og kunnskap om latensfasen hjelper kvinner til å føle seg trygge hjemme.

Hjemmebesøk reduserer antallet polikliniske besøk før innleggelse og øker sjansen for å bli innlagt i aktiv fødsel

Telefon triage er et fantastisk verktøy for å vurdere fødselens fremgang og identifisere de kvinner som har fordel av å innlegges tidlig og de som kan profittere på å bli hjemme litt til

West Hertfordshire Hospitals NHS Trust
NHS Trust
Author: Michelle East

Some tips to help you during early labour



- Breathing exercises
- Regular snacks
- Gentle mobilisation
- Take a shower or bath
- Massage
- Rest and distraction

Remember to call Triage on 01923 217 343 if you experience bleeding, fluid leak or a change in your baby's pattern of movements

www.westhertshospitals.nhs.uk facebook.com/WestHertsNHS [@whhmidwives](https://twitter.com/whhmidwives)

62797: 08Medical Illustration WH911 Labour Tips poster June16

Capelletti, G et al. 2016. First time mothers' experiences of early labour in Italian maternity care services. Midwifery;34:198-204

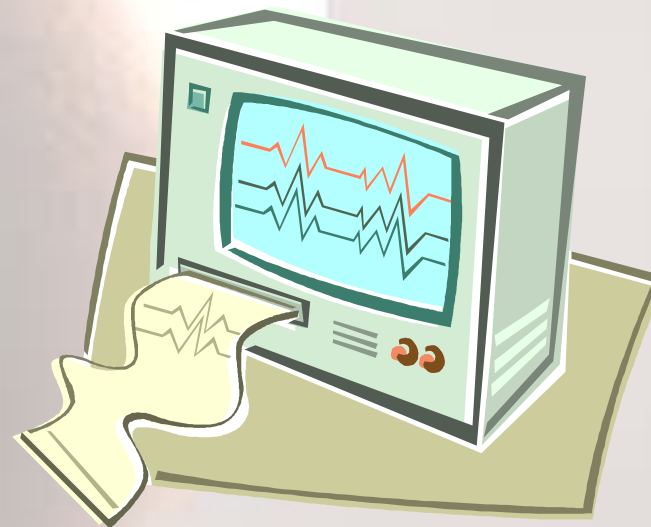
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations#latent-first-stage-of-labour>

Janssen, P.A. and Weissinger, S. 2014. Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 14:182

Janssen, P. et al. Early Labor Assessment and Support at Home Versus Telephone Triage A randomized Controlled Trial. Obstetrics & Gynecology 108;6:1463-69

Ctg-overvåking

Kunnskap om Ctg tolkning



King L.T. Preventing Primary Cesarean Sections: Intrapartum Care. Semin Perinatol;36:357-64 Roy K. Cesarean section for suspected fetal distress, continuous fetal heart monitoring and decision to delivery time Indian J Pediatr. 2008;75:1249-52

Devane et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing The Cochrane database Syst Rev. 2012 CD005122

Blix et al. Inter-observer variation in assessment of 845 labour admission tests: comparison between midwives and obstetricians in the clinical setting and two experts BJOG. 2010;110:1-5.

STAN

Stor diskusjon over komplisert tema



Blix, E., et al. (2016). "ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: a systematic review and meta-analysis of randomized trials." *Acta Obstet Gynecol Scand* **95**(1): 16-27.

Neilson, J. P. (2015). "Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour." *Cochrane Database Syst Rev*(12): CD000116.

Saccone, G., et al. (2016). "Electrocardiogram ST Analysis During Labor: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials." *Obstet Gynecol* **127**(1): 127-135.

Epidural

Motstridende resultater

Positivt assosiasjon med keisersnitt

Ingen assosiasjon

Negativ assosiasjon med keisersnitt

Cervix < 5 cm vs Cervix > 5 cm

Finne alternative smertelindringsmetoder
(tilstedeværelse)

Anbefale EDA der fordelene ved intervensjonen antas å være
større enn ulempene



Langsom fremgang

Kunnskap om fødselens normale
fysiologiske prosess

Definisjon av aktiv fødsel



Selin et al. Dystocia and labour-risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. Acta Obst Gynecol Scand. 2008;87:216-221

Kjærgaard et al. Risk indicators for dystocia in low-risk nulliparous women: A study on lifestyle and anthropometrical factors. J Obstet Gynecol. 2010;30:25-29

Kjærgaard et al. Incidence and outcome of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88:402-407

Zhang et al. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002;187:824-8

Zhang et al. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet et Gynecol. 2010;115:705-10

Neal et al. What is the slowest yet normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? JOGNN. 2010;39:361-369

Nov. 9, 1965

Filed Jan. 15, 1963

G. B. BLONSKY ETAL
APPARATUS FOR FACILITATING THE BIRTH OF
A CHILD BY CENTRIFUGAL FORCE

3,216,423

4 Sheets-Sheet 1

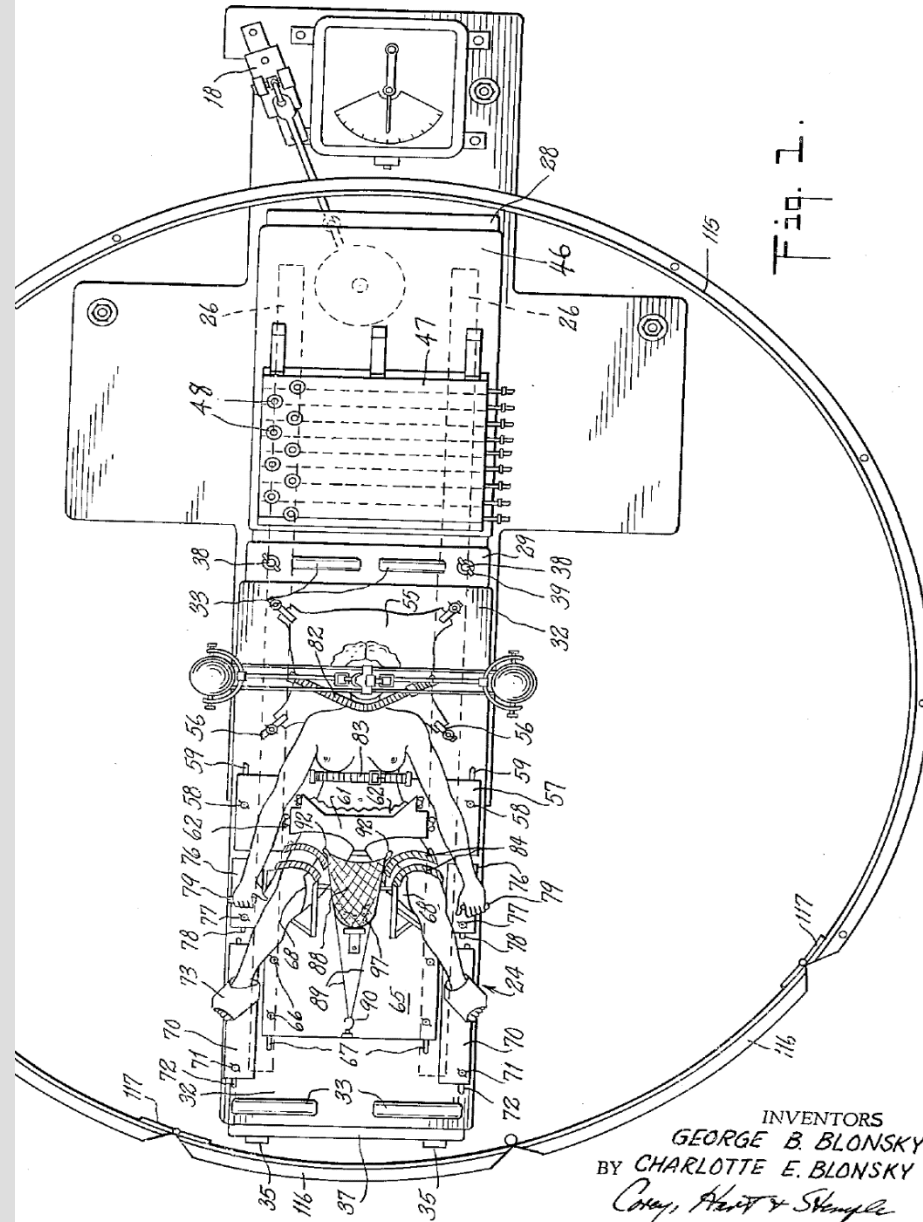


Fig. 1.

INVENTORS
GEORGE B. BLONSKY
BY CHARLOTTE E. BLONSKY
Cony, Hunt & Stemple
ATTORNEYS

3,216,423

**APPARATUS FOR FACILITATING THE BIRTH OF
A CHILD BY CENTRIFUGAL FORCE****George B. Blonsky and Charlotte E. Blonsky, both of
2440 Sedgwick Ave., New York 68, N.Y.****Filed Jan. 15, 1963, Ser. No. 251,516****14 Claims. (Cl. 128—361)**

The present invention relates to apparatus which utilizes centrifugal force to facilitate the birth of a child at less stress to the mother.

It is known, that due to natural anatomical conditions, the fetus needs the application of considerable propelling force to enable it to push aside the constricting vaginal walls, to overcome the friction of the uteral and vaginal surfaces and to counteract the atmospheric pressure opposing the emergence of the child. In the case of a woman who has a fully developed muscular system and has had ample physical exertion all through the pregnancy, as is common with all more primitive peoples, nature provides all the necessary equipment and power to have a normal and quick delivery. This is not the case, however, with more civilized women who often do not have the opportunity to develop the muscles needed in confinement.

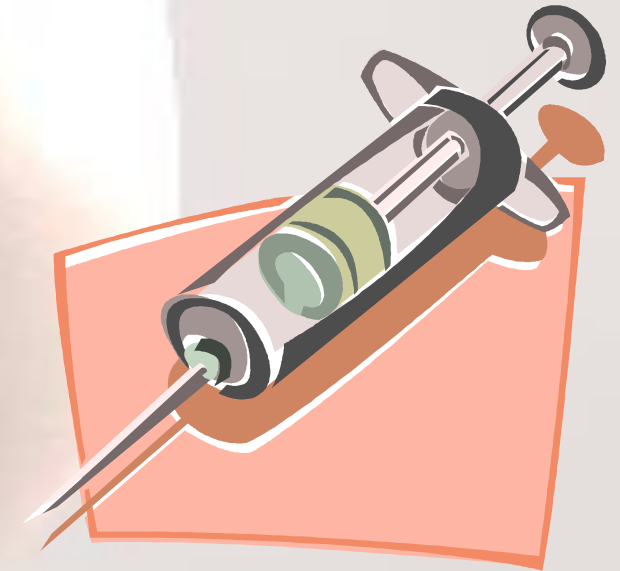
It is the primary purpose of the present invention to provide an apparatus which will assist the under-equipped woman by creating a gentle, evenly distributed, properly directed, precision-controlled force, that acts in unison with and supplements her own efforts.

In accordance with the invention, there is provided rotatable apparatus capable of subjecting the mother and the fetus to a centrifugal force directed to assist and supplement the efforts of the mother so that such centrifugal force and her efforts act in concert to overcome the action of resisting forces and facilitate the delivery of the child.

Stimulering av rier med oxytocin

Oxytocin på indikasjon

Assosiasjon mellom keisersnitt og
bruken av oxytocin?



Bugg et al. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. The Cochrane database Syst Rev. 2013

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub3/full>

Selin et al. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88:1352-1357

Bernitz et al. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. Midwifery, 2014;30:364-370

Kultur, holdninger, erfaring og mål



Nødvendigheter i fødselsomsorgen

Tilstedeværelse under fødselsforløpet

Kommunikasjon

Tverrfaglig samarbeid



Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon



Tilstedeværelse gir
trygghet og tilfredshet,

og ikke minst en økt mulighet
for å identifisere avvik

Brown et al. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. The Cochrane database Syst Rev. 2012 CD004907
Hodnett et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane database Syst Rev. 2012;CD003766





Main results

Twenty-two trials involving 15,288 women met inclusion criteria and provided usable outcome data. Results are of random-effects analyses, unless otherwise noted. Women allocated to continuous support were more likely to have a spontaneous vaginal birth (RR 1.08, 95% confidence interval (CI) 1.04 to 1.12) and less likely to have intrapartum analgesia (RR 0.90, 95% CI 0.84 to 0.96) or to report dissatisfaction (RR 0.69, 95% CI 0.59 to 0.79). In addition, their labours were shorter (MD -0.58 hours, 95% CI -0.85 to -0.31), they were less likely to have a caesarean (RR 0.78, 95% CI 0.67 to 0.91) or instrumental vaginal birth (fixed-effect, RR 0.90, 95% CI 0.85 to 0.96), regional analgesia (RR 0.93, 95% CI 0.88 to 0.99), or a baby with a low five-minute Apgar score (fixed-effect, RR 0.69, 95% CI 0.50 to 0.95). There was no apparent impact on other intrapartum interventions, maternal or neonatal complications, or breastfeeding. Subgroup analyses suggested that continuous support was most effective when the provider was neither part of the hospital staff nor the woman's social network, and in settings in which epidural analgesia was not routinely available. No conclusions could be drawn about the timing of onset of continuous support.

Authors' conclusions

Continuous support during labour has clinically meaningful benefits for women and infants and no known harm. All women should have support throughout labour and birth.

Evidensbasert fødselsomsorg

Det å samle og vurdere all evidens innen et emne, er en av de viktigste innovasjonene innen medisinen de siste 30 årene»

Ben Goldacre

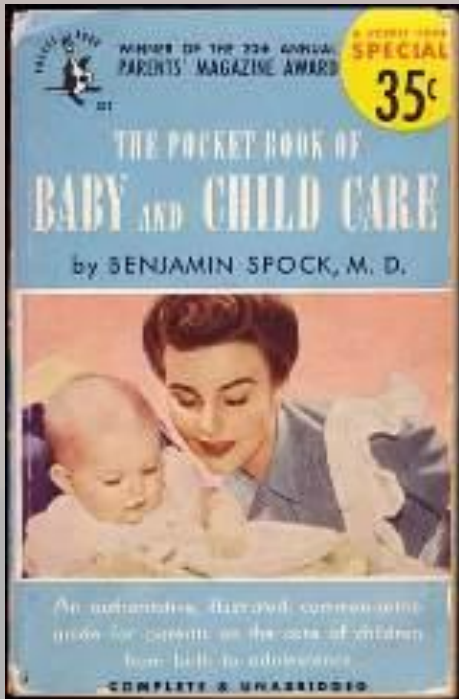
Levels of Evidence Pyramid





Figure 1. Levels of evidence

Et trist eksempel fra historien



1988: SIDS eller krybbedød nådde en topp med en rate på 2.7/1000

Midten av 80-tallet: fullt fokus på å forebygge

2015: SIDS redusert til 0.6/1000

1944: Harold Abrahamson publiserer den første artikkelen om SIDS og finner at ca 70 % av barna ble funnet i mageleie

1954: Benjamin Spock anbefaler å legge nyfødte i mageleie

2005: Ruth Gilbert publiserer en systematisk oversikt over forskning og anbefalinger vedrørende soveposisjoner og SIDS

Gilbert et al. 2005: Meta-analyser:

1970: OR 2,93 (95% KI 1,15-7,47)

1986: OR 3,00 (95% KI 1,69-5,31)

(Tredoblet risiko for SIDS dersom barnet sover i mageleie)

Forfatternes konklusjon:

Dersom det hadde blitt gjort en systematisk oversikt i 1970, og en anbefaling om å legge nyfødte på ryggen, kunne > 10 000 tilfeller av SIDS vært unngått i Storbritannia

Antallet unngåelige dødsfall i USA, Europa og Australia var sannsynligvis > 50 000



Hva kan du gjøre for å fremme «optimal» fødsel?

Øk kvinners tro på egne fødende krefter gjennom svangerskapet

Bidra til økt tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon

Ha kunnskap om fødselen som en fysiologisk prosess

Intervener etter nødvendighet snarere enn tilgjengelighet

Tilstreb kontinuerlig tilstedeværelse gjennom fødselsforløpet

Delta i tverrfaglig gjennomgang av forløsninger

Håndter latensfasen adekvat

Delta i den obstetriske debatten

Bidra til forskning på området

Velg å drive evidensbasert !!

TUSEN
TAKK

