

Appendiks til Blix E, Kumle M, Øian P. Hvor lenge kan en normal fødsel vare?

Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 686–9.

Hvor lenge kan en normal fødsel vare?

Ellen Blix, Merethe Kumle og Pål Øian

Appendiks med opplysninger om søkestrategi, beskrivelse og kvalitetsvurderinger av inkludert litteratur og ekskluderte artikler

Søkestrategi og -resultat

Det ble søkt etter lærebøker og retningslinjer i pensumlister, på hjemmesider beregnet for jordmødre og fødselsleger og i nettbokhandler. Søkene etter lærebøker og retningslinjer ble gjort i perioden 1.5.-31.7. 2006. Engelskspråklige lærebøker skulle være fra Storbritannia, ettersom andre engelskspråklige land har en organisering av fødselsomsorgen som er vesentlig forskjellig fra den norske. Det ble gjort søk i databasene MEDLINE og MIDIRS etter vitenskapelige artikler i tidsperioden 22.9.-15.10. 2006. MIDIRS er en database spesielt beregnet for jordmødre som kun inneholder litteratur om obstetrikk og jordmorfag (www.midirs.org). Søkene ble ikke begrenset til spesielle land, men bare artikler på språk vi behersker (skandinavisk, tysk og engelsk) ble vurdert. Ved søk i MEDLINE ble følgende søkeord brukt: ”duration AND labour”, ”first labour stage”, ”second labour stage” og ”latent stage of labour”. Når det ble funnet relevante artikler, ble det også gjort søk på ”related articles”. Ved søk i MIDIRS-databasen ble det brukt følgende søkeord: ”first AND stage”, ”second AND stage” samt ett standardisert søk (L16 second stage management). Det ble gjort manuelle søk i referanselistene til relevante artikler. Kriterier for inklusjon var at det i studiene var beskrevet inklusjons- og eksklusjonskriterier og studiepopulasjonen og definert fødselens/fasens start og avslutning og registrert varigheten.

Kritisk gjennomgang av litteraturen, kvalitetsvurdering og uthenting av data ble gjort av en av forfatterne (EB), resultatene av litteraturgjennomgangen ble gjennomgått og drøftet med de to andre forfatterne ved flere anledninger.

Forfatterens kompetanse innen feltet er langvarig klinisk erfaring som jordmor (EB), langvarig klinisk erfaring som spesialist i fødselshjelp (PØ) og som epidemiolog (MK). Alle forfatterne har formell forskerkompetanse.

Beskrivelse og kvalitetsvurdering av inkluderte lærebøker, retningslinjer og artikler

<i>Lærebok/retningslinje/artikkel</i>	<i>Nasjonalitet, omfang og målgruppe</i>	<i>Kapitler gjennomgått. Kommentarer</i>	<i>Kvalitet *</i>
Bergsjø P, Maltau J M, Molne K et al, red. Obstetikk og gynekologi. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004.	Norge. Lærebok i obstetikk og gynekologi, obstetrikkdelen er 275 s. Beregnet først og fremst for medisinstudenter, men også for leger, jordmødre, sykepleiere og annet helsepersonell.	Kap 17, 18 og 19. Ingen referanser til vitenskapelig litteratur, der det er brukt datasett er de mangelfullt beskrevet.	Kan ikke kalles kunnskapsbasert.
Chamberlain G, Steer P, red. Turnbull's obstetrics. London: Churchill Livingstone, 2001.	Storbritannia. Lærebok i obstetikk, 811 s. Beregnet for spesialister og leger under spesialistutdanning.	Kap 26, 27, 35 og 38. Mange referanser til vitenskapelig litteratur, men ikke referanser i selve teksten.	God.
Impey L. Obstetrics & gynaecology. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.	Storbritannia. Lærebok i obstetikk og gynekologi, obstetrikkdelen er 144 s. Beregnet for medisinstudenter, men anbefales også for praktiserende leger og leger under spesialistutdanning.	Kap 28, 29 og 30. Mange referanser til vitenskapelig litteratur, men det er ikke konsekvent gjort slik at en del opplysninger og påstander er urefererte.	Middels.
Larsen J F, Skajaa K, Westergaard JG. Obstetrik. København: Munksgaard, 2001.	Danmark. Lærebok i obstetikk, 456 s. Målgruppe er ikke definert.	Kap 4 og 19. Ingen referanser eller henvisninger til vitenskapelig litteratur eller datasett. I slutten av kapitlene er det søkeord slik at leseren selv kan søke i elektroniske databaser samt forslag til supplerende lesing.	Kan ikke kalles kunnskapsbasert.

Downe S, red. Normal childbirth. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004.	Storbritannia. Debattbok som drøfter aspekter omkring emnet normal fødsel, 180 s. Målgruppene er jordmødre, jordmorstudenter, fødselsleger, sykepleiere, brukere, forskere og akademikere.	Kap 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 og 11. Flere av forfatterne gjør rede for sitt kunnskapssyn og ståsted. Referanser i teksten og dermed lett å se hva det refereres til. Mange referanser til vitenskapelig litteratur.	God.
Faxelid E, Hogg B, Kaplan A et al., red. Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur, 2001.	Sverige. Lärebok i obstetikk og gynekologi, obstetrikdelen er 361 s. Beregnet for jordmorstudenter og jordmødre.	Kap 13 og 22. Mange referanser til vitenskapelig litteratur, men det er ikke konsekvent gjort, slik at en del opplysninger og påstander er urefererte. Ingen referanser i selve teksten.	Middels.
Fraser DM, Cooper MA, red. Myle's textbook for midwives. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003.	Storbritannia. Lärebok i jordmorfag (midwifery), gynekologi er ikke inkludert, 1089 s. Beregnet for jordmorstudenter og jordmødre.	Seksjon 4 (kap 24-32). Mange referanser til vitenskapelig litteratur. Referanser i teksten og dermed lett å se hva det refereres til.	God.
Henderson C, Macdonald S, red. Maye's midwifery. Edinburgh: Ballière Tindall, 2004.	Storbritannia. Lärebok i jordmorfag (midwifery), gynekologi er ikke inkludert, 1277 s. Beregnet for jordmorstudenter og jordmødre.	Del 4 (kap 24-30). Mange referanser til vitenskapelig litteratur. Referanser i teksten og dermed lett å se hva det refereres til.	God.
Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 2000.	Internasjonale retningslinjer, mest egnet for vestlige land. Oppsummering av forskningsbasert kunnskap på fagområdet. Beregnet for de som gir og mottar svangerskaps- og fødselsomsorg slik at de best mulig kan ta de riktige avgjørelsene.	Kap 31, 32, 33 og 35. Systematisk referert til vitenskapelig litteratur, hovedsakelig til Cochrane-databasen. Ikke referanser i selve teksten. På grunn av plassmangel er de fleste primærstudiene ikke referert, men det er oppgitt hvor referansene kan finnes.	God.
Hvidman L, Kjærgaard H, Møller N et al. Dystoci i uddrivningsperioden. Guideline 2000. www.dsog.dk (20.5.2007).	Danmark. Retningslinje om behandling av langsom fremgang i pressefasen. Beregnet for jordmødre og fødselsleger.	Hele. Ikke gjort rede for søkestrategi eller vurderinger av kvalitet på studier. Ikke graderte anbefalinger.	Middels.
Møller N, Hvidman L, Kjærgaard H et al. Dystoci i udvidelsesfasen. Guideline 1999. www.dsog.dk (20.5.2007).	Danmark. Retningslinje om behandling av langsom fremgang i åpningsfasen. Beregnet for jordmødre og fødselsleger.	Hele. Ikke gjort rede for søkestrategi eller vurderinger av kvalitet på studier. Ikke graderte anbefalinger.	Middels.

NICE. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (draft). www.nice.org.uk (20.5.2007).	Storbritannia. Retningslinjer om omsorg og behandling ved normale fødsler, 675 s. Beregnet for fødselsleger, anestesileger, jordmødre, annet helsepersonell som arbeider innen fødselsomsorgen, brukere og planleggere av helsetjenesten.	Hele. Gjort rede for søkestrategi, kvalitet på inkluderte studier og anbefalingene er gradert ut fra kunnskapsgrunnlaget.	God.
Nordström L, Waldenström U. Handläggning av normal förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.	Sverige. ”State of the art”, forsøk på å sammenfatte kunnskapsgrunnlaget innen området normal fødsel, 66 s. Målgruppen er ikke definert, men målet er å stimulere til diskusjon og gi grunnlag for lokale retningslinjer.	Hele. Ikke gjort rede for søkestrategi eller vurderinger av kvalitet på studier. Ikke graderte anbefalinger.	Middels.
NGF. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening, 2006. www.legeforeningen.no (20.5.2007).	Norge. Retningslinjer for fødselshjelp, 239 s. Beregnet for fødselsleger og jordmødre.	Hele. Ikke konsekvent søkestrategi, og de inkluderte studiene er ikke alltid kvalitetsvurdert. Likevel gis det graderte anbefalinger.	Middels.
WHO. Care in normal birth: a practical guide. Genève: World Health Organization, 1996.	Internasjonale. Retningslinjer om omsorg og behandling ved normale fødsler uavhengig av nivå på fødested/institusjon, 56 s. Beregnet for alle som arbeider innen området normale fødsler.	Hele. Ikke gjort rede for søkestrategi. Anbefalinger gradert ut fra om praksisen er nyttig, skadelig, kunnskapsgrunnlaget ikke kjent eller praksiser som ofte brukes uhensiktsmessig.	Middels.
Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. <i>Obstet Gynecol</i> 1996; 87: 335-9.	<i>Nasjonalitet, studiepopulasjon</i> USA, vitenskapelig artikkel. 1 473 lavrisikokvinner med spontan fødselsstart, 556 P0 og 917 P≥1 som fødte spontant vaginalt og som ikke fikk epiduralanalgesi eller oksytocinstimulering. 6% fikk episiotomi.	<i>Studiedesign</i> Prospektiv kohort. Utvalget er uklart beskrevet.	Middels.
Albers LL. The duration of labor in healthy women. <i>J Perinatol</i> 1999; 19: 114-9.	USA, vitenskapelig artikkel. 2 511 lavrisikokvinner med spontan fødselsstart, 806 P0 og 1 705 P≥1 som fødte spontant vaginalt og som ikke fikk epiduralanalgesi eller oksytocinstimulering. 10% fikk episiotomi.	Prospektiv kohort. Tilfeldig utvalg fra alle som fødte i en definert tidsperiode.	God.

Diegmann EK, Andrews CM, Niemczura CA. The length of the second stage of labor in uncomplicated, nulliparous African American and Puerto Rican women. J Midwifery Womens Health 2000; 45: 67-71.	USA, vitenskapelig artikkel. 373 afroamerikanske og 157 puertorikanske P0 som fødte ett barn ved termin og som fikk lett sedering eller ingen smertelindring under fødselen. Kvinnene var mellom 13 og 21 år (gjennomsnittsalder 17,4 år) og ble ivaretatt av jordmødre gjennom fødselsforløpet. Ingen opplysninger om episiotomi.	Kohort. Uklart om den er prospektiv eller retrospektiv. Tilfeldig utvalg fra 2 000 kvinner som fødte i en udefinert tidsperiode og som oppfylte inklusjonskriteriene. Risikostatus i populasjonen er uklart beskrevet.	Middels.
Greenberg MB, Cheng YW, Hopkins L M et al. Are there ethnic differences in the length of labor? Am J Obstet Gynecol 2006; 195: 743-8.	USA, vitenskapelig artikkel. 27 521 kvinner, 14 719 P0 og 12 802 P≥1 som fødte ett barn i bakhodepresentasjon ved termin. Kvinnene tilhørte følgende etniske grupper: afroamerikansk, kaukasisk, asiatisk eller søramerikansk. 14% fikk fødselen indusert, 50% epiduralanalgesi og 12% keisersnitt etter fødselsstart. Ingen opplysninger om episiotomi.	Retrospektiv kohort. Studiepopulasjonen er alle som oppfylte inklusjonskriteriene i en definert tidsperiode. Studiepopulasjonen er uklart beskrevet.	Middels.
Gross MM, Drobic S, Keirse MJ. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. Birth 2005; 32: 27-33.	Tyskland, vitenskapelig artikkel. 932 kvinner, 312 P0 og 620 P≥1 med ukomplisert svangerskap som fødte ved termin hjemme eller i fødesenter. P0 med >17 t og P≥1 med >12 t varighet av åpningsfasen ble ekskludert.	Prospektiv kohort. Studiepopulasjonen er de som oppfylte inklusjonskriteriene av alle som fødte i en definert tidsperiode.	God.
Impey L, Hobson J, O'Herlihy C. Graphic analysis of actively managed labor: prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 438-43.	Irland, vitenskapelig artikkel. 500 P0 med spontan fødselsstart, til termin og med ett foster i hodepresentasjon. 72% amniotomi ved innleggelsen, 71% fikk epiduralanalgesi, 57 % ble oksytocinstimulert, 5% fikk keisersnitt og 19% tang- eller vakuumforløsning. Ingen opplysninger om episiotomi.	Retrospektiv kohort.	Middels.
Jones M, Larson E. Length of normal labor in women of Hispanic origin. J Midwifery Womens Health 2003; 48: 2-9.	USA, vitenskapelig artikkel. 240 kvinner, 120 P0 og 120 P≥1 som hadde spontan, ukomplisert fødsel av ett barn i bakhodepresentasjon ved termin og hvor tidspunktet for når mormunnen var 4 cm dilatert var kjent. Ingen ble indusert, fikk oksytocinstimulering eller regional anestesi. 1% episiotomi.	Retrospektiv kohort. Tilfeldig utvalg fra alle som fødte i en definert tidsperiode.	Middels.

Schiessl B, Janni W, Jundt K et al. Obstetrical parameters influencing the duration of second stage of labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 118: 17-20.	Tyskland, vitenskapelig artikkel. 1 200 kvinner, 640 P0 og 560 P \geq 1, som hadde svangerskapslengde på 35 u eller mer fødte vaginalt og i hodepresentasjon. 20% fikk fødselen indusert, 30% epiduralanalgesi, 50% oksytocinstimulert, 15% sugekopp- eller vakuumbforløsning og 34% fikk episiotomi.	Kohort. Uklart om den er prospektiv eller retrospektiv. Studiepopulasjonen er de som oppfylte inklusjonskriteriene i en udefinert tidsperiode.	Middels.
Vahratian A, Hoffman M K, Troendle JF et al. The impact of parity on course of labor in a contemporary population. Birth 2006; 33: 12-7.	USA, vitenskapelig artikkel. 5 589 lavrisikokvinner som fødte ett barn i hodepresentasjon. 2 645 var P0, 1 839 P1, 750 P2 og 355 P \geq 3. 32% ble indusert, 78% fikk epiduralanalgesi, 30% oksytocinstimulert, 7% keisersnitt etter fødselsstart og 9% sugekopp- eller vakuumbforløsning. Ingen opplysninger om episiotomi.	Retrospektiv kohort. Studiepopulasjonen er de som oppfylte inklusjonskriteriene av alle som fødte i en definert tidsperiode. Studiepopulasjonen er uklart beskrevet.	Middels.

*Kvalitetsbedømmingen av lærebøker er kun gjort ut fra om de kan kalles kunnskapsbasert, bedømming av retningslinjer og vitenskapelige artikler ifølge Kunnskapssenterets retningslinjer (www.kunnskapssenteret.no). P0 er førstegangsfødende, P1 annengangsfødende, P \geq 1 annen- eller flergangsfødende, P2 tredjegangsfødende, P \geq 3 fjerde- eller flergangsfødende

Ekskluderte artikler

Litteratursøkene etter vitenskapelige artikler ga til sammen 1 667 treff. Etter gjennomgang av titler og sammendrag ble 15 artikler lest og vurdert i fulltekst. Tre ble ekskludert ettersom det viste seg at de likevel ikke var relevante (1-3), to fordi de ikke definerte fødselens start (4, 5) og en på grunn av dobbeltpublisering (6).

1. Heres MH, Pel M, Borkent-Polet M et al. The hour of birth: comparisons of circadian pattern between women cared for by midwives and obstetricians. Midwifery 2000; 16: 173-6.
2. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. J Clin Nurs 2005; 14: 579-86.
3. Gross MM, Hecker H, Mattered A et al. Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? BJOG 2006; 113: 289-94.

4. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 824-8.
5. Lavender T, Hart A, Walkinshaw S et al. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. *BJOG* 2005; 112: 1663-5.
6. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 933-8.