

Bruk av håndgrep for perineumstøtte ved norske fødeavdelinger

 Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Sammendrag

Bakgrunn. Bruk av støtteteknikker for å beskytte perineum i fødselsens slutt-fase er omdiskutert. Målet med denne undersøkelsen var å få mer kunnskap om bruken av håndteknikker for perineumstøtte ved norske fødeavdelinger.

Materiale og metode. Vi har gjennomført en spørrekjemaundersøkelse rettet mot ledere ved alle landets fødeavdelinger.

Resultater. Vi mottok svar fra 39 av 47 fødeavdelinger (83 %). 34 avdelinger svarte at de fleste av fødelshjelperne pleier å bruke håndgrep. 27 avdelinger oppga at det hadde vært endring i praksis, og nesten alle mente endringene hadde skjedd i løpet av de siste fem årene. 17 avdelinger hadde nedskrevne retningslinjer om bruk av håndgreps-teknikker. Støtteteknikk ble, uten unntak, anbefalt brukt. Nesten halvparten av avdelingene anbefalte modifisert Ritgens håndgrep («finskegrepet»). Ved mange avdelinger var valg av støtteteknikk opp til den enkelte fødselshjelper.

Fortolkning. Støtteteknikker ser nå ut til å ha blitt standard prosedyre ved de aller fleste norske fødeavdelinger. Dermed er det vanskelig å gjennomføre en sammenliknende studie mellom bruk av håndgrep og passiv tilnærming. Det bør undersøkes nærmere om innføringen av støttegrep har hatt den tilsktede effekt.

Atle Fretheim

atle.fretheim@kunnskapssenteret.no
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Tom Tanbo

Gynekologisk avdeling
Oslo universitetssykehus
og
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Siri Vangen

Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse
Oslo universitetssykehus
og
Avdeling for folkesykdommer
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Liv Merete Reinar

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Insidensen av sfinkterruptur ved fødsler i Norge økte betydelig i perioden 1967–2004, ifølge tall fra Medisinsk fødselsregister (1). Risikofaktorer for sfinkterruptur, for eksempel høyere alder hos de fødende, bidrar delvis til å forklare denne økningen (1). I 2006 lanserte derfor Nasjonalt råd for fødselsomsorg en handlingsplan for å redusere forekomsten av sfinkterskader (2). Ett av tiltakene i handlingsplanen var at det skulle legges mer vekt på bruk av støtteteknikker for å beskytte perineum i fødselsens slutfase.

Bruken av støtteteknikker er omdiskutert, blant annet fordi det finnes lite forskningsbasert kunnskap om effekten av slike metoder (3–5). Noen studier, blant annet fra Norge, gir holdepunkter for at bruk av håndgrep bidrar til færre rupturer (6–8), men resultatene fra randomiserte, kontrollerte forsøk kan tyde på liten eller ingen virkning av håndgreps-teknikker (9–11). Det er usikkert om støtteteknikker faktisk bidrar til færre eller mindre uttalte sfinkterskader og om enkelte håndgrep er bedre enn andre.

Modifisert Ritgens håndgrep, det såkalte finskegrepet, har fått mye oppmerksomhet i Norge de siste årene. Hvor utstrakt bruken av denne eller andre metoder er, vites ikke. Et viktig element i prosedyren er aktiv bruk av den andre hånden for å bremse farten under hodets utskjæring.

Målet med denne undersøkelsen var å få mer kunnskap om bruken av håndteknikker for perineumstøtte ved norske fødeavdelinger – både med tanke på hvor vanlig det er å benytte slike teknikker, hvilke teknikker som blir brukt og om det har skjedd endringer i praksis de siste årene.

Materiale og metode

Vi utarbeidet et kort skjema med i alt fem spørsmål (appendiks 1). Fra Helsedirektoratet fikk vi en liste over alle landets fødeavdelinger med tilhørende e-postadresser, som stort sett var til postmottaket til hvert av helseforetakene.

Vi gjorde en enkel pilottesting av spørreskjemaet ved først å sende det til lederne av de ti første fødeavdelingene på listen (7.2. 2011). Dette resulterte i to små justeringer i skjemaet – respondentene ble bedt om å navngi fødeavdelingen de representerte og det ble presisert at vi kun var ute etter retningslinjer som var skrevet ned (spørsmål 4). Deretter sendte vi spørreskjemaet til lederne ved alle de andre fødeavdelingene i Norge (28.2. 2011). Vi fulgte opp med opptil tre påminnelser, inkludert tilbudet om at spørsmålene kunne bli besvart muntlig per telefon.

Resultater

Vi mottok svar fra 40 fødeavdelinger, hvorav ett var uleselig. Enkelte større sykehus har flere fødeavdelinger, og fra noen av disse mottok vi en felles besvarelse. Vi regner disse som én fødeavdeling i vår analyse. Vi hadde dermed svar fra 39 av 47 fødeavdelinger i Norge (83 %).

34 av 39 avdelinger svarte at de fleste (> 90 %) av fødelshjelperne pleide å bruke håndgrep for å beskytte perineum i fødselsens slutfase. De fem resterende avdelingslederne oppga at mange (71–90 %) av fødelshjelperne benyttet håndgrep.

Hovedbudskap

- Bruk av støtteteknikker for å beskytte perineum i siste fase av fødselen er omdiskutert
- Støtteteknikker er de siste årene blitt standard prosedyre ved de fleste norske fødeavdelinger
- Det er uklart om redusert forekomst av sfinkterruptur har sammenheng med mer bruk av støtteteknikker

Appendiks på
www.tidsskriftet.no/fretheimappendiks

12 av 39 avdelinger oppga at det hadde vært liten eller ingen endring i praksis. Ved de andre avdelingene ble det angitt noe, stor eller fullstendig endring i praksis i løpet av de siste årene (tab 1). Flere av respondentene hadde vansker med å anslå tidspunktet for når eventuelle endringer fant sted, men nesten alle mente det hadde skjedd i løpet av de siste fem årene (fig 1). Samlet oppgir tilnærmet to tredeler av avdelingene at det har vært endring av praksis i løpet av de siste fem årene.

17 av de 39 fødeavdelingene hadde skriftlige retningslinjer om bruk av håndgrepsteknikker. I tillegg viste et par av avdelingene til nasjonale retningslinjer. Støtteteknikk ble, uten unntak, anbefalt brukt i fødselens slutfase, men det var noe variasjon når det gjaldt hva slags type håndgrep som ble anbefalt i retningslinjene ved de forskjellige avdelingene (tab 1). Nesten halvparten anbefalte modifisert Ritgens håndgrep («finskegrepet»). Ved noen av disse avdelingene kunne også Ritgens håndgrep benyttes. Enkelte avdelinger oppgav kun Ritgens håndgrep som anbefalt metode. Ved mange avdelinger var valg av støtteteknikk opp til den enkelte fødselshjelper.

Noen av respondentene besvarte spørsmålet om anbefalt støtteteknikk selv om de ikke hadde nedskrevne retningslinjer i avdelingen, som regel fordi det eksisterte uformelle anbefalinger om bruk av håndgrep. Vi valgte å ta med disse svarene.

Diskusjon

Denne undersøkelsen viser at støtteteknikker for å beskytte perineum mot fødselsrifter benyttes av det store flertall fødselshjelpere ved norske fødeavdelinger. Dette er en følge av praksisendringer over de siste årene, ifølge svarene fra lederne ved 39 av 47 avdelinger.

Vi valgte å utarbeide et meget kort spørreskjema i håp om å få så mange svar som mulig. Dette lyktes vi ganske godt med, i og med at vi mottok svar fra 83 % av fødeavdelingene. På den annen side ble spørreskjemaet dermed så kort at informasjonsmengden vi fikk fra hver avdeling er liten.

Vi gjennomførte ingen formell validering av skjemaet, men det ble justert etter pilottesting. Det er en viss risiko for at det kan ha oppstått misforståelser på grunn av svakheter i skjemaet. En vesentlig svakhet er at alle svarene var subjektive, idet vi ba avdelingslederne om å formidle sitt «inntrykk» av praksis ved deres fødeavdeling. I hvilken grad avdelingslederen har et realistisk inntrykk av hva som foregår inne på fødestuene, vet vi ikke. Et bedre alternativ kunne vært å spørre alle norske jordmødre om deres bruk av håndgrep for å beskytte perineum.

Samtidig som bruken av støtteteknikker ved norske fødeavdelinger ser ut til å ha økt, har insidensen av sfinkterrupturer gått ned (12). Hvorvidt det er en årsakssammenheng, er vanskelig å vite. Vår undersøkelse er ikke egnet til å si noe om det.

Teoretiske betraktninger tilsier at aktiv støtte gir mer kontrollert utdriving og lang-

sommere utskjæring. Dermed reduseres trykket på sfinkter, noe som igjen reduserer faren for at det skal oppstå rifter. På den annen side kan det også tenkes at rupturfaren øker, for eksempel ved at defleksjon av hodet under utskjæringen gir en ugunstig diameter på dette, som dermed tar mer plass enn om det er flektert, slik det vanligvis er (13).

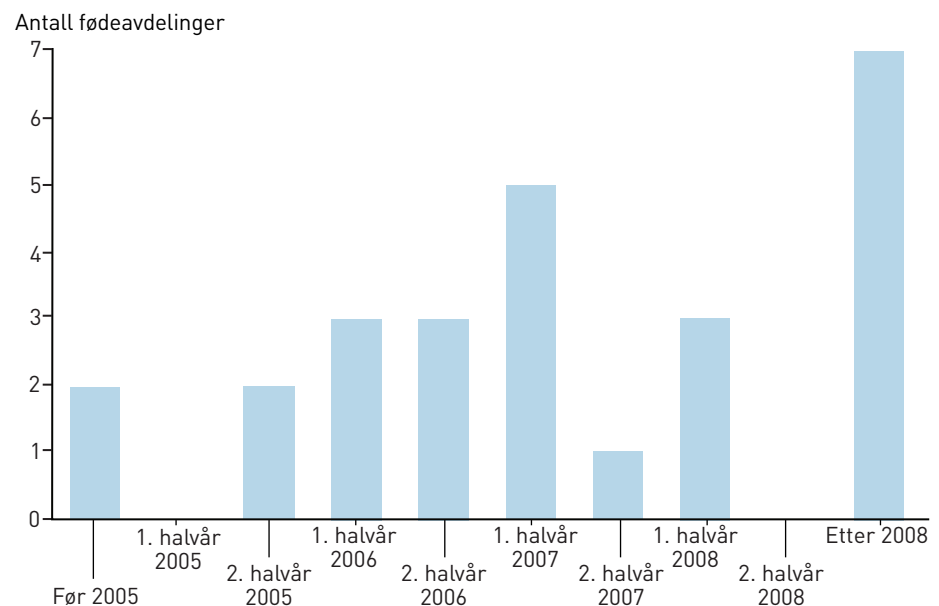
Det er gjennomført flere kontrollerte studier der aktive håndgrepsteknikker har vært sammenliknet med mer passive tilnærminger (9–11). Resultatene fra disse studiene gir ikke noe entydig svar på om bruk av støtteteknikk innvirker på risikoen for sfinkterruptur. Det kan heller ikke utelukkes at støtteteknikker er mer til skade enn til gagn. I én av de randomiserte studiene var hyppigheten av tredjegradsrifter flere ganger så høy hos fødende der håndgrep var blitt benyttet som hos de andre (10). I denne studien hadde man sammenliknet Ritgens manøvrer med passiv tilnærming uten berøring av perineum («hands-poised»). Resultatene i to andre relevante randomiserte studier vi kjenner til, gikk i hver sin retning når det gjaldt virkningen på hyppigheten av alvorlige rifter, men ingen av funnene var statistisk signifikante (9, 11).

Vår studie tyder på at det har skjedd en storstilt innføring av støtteteknikker blant fødselshjelpere ved norske fødeavdelinger de siste årene. Det store spørsmålet er hvorvidt dette har vært medvirkende til nedgangen i antall sfinkterrupturer, som har skjedd parallelt. Innføring av rutinemessig bruk av modifisert Ritgens håndgrep («finskegrepet») har

Tabell 1 Svar på spørsmål om bruk av håndgrep for perineumstøtte under fødsel ved 39 norske fødeavdelinger

Hvor mange i avdelingen pleier å bruke håndgrep?	Antall avdelinger (%)
Andel (%)	
Svært få (< 10)	0
Få (10–30)	0
Noen (31–70)	0
Mange (71–90)	5 (13)
De fleste (> 90)	34 (87)
Hvor mye har praksis endret seg de siste årene?	Antall avdelinger (%)
Ingen endring	3 (8)
Liten endring	9 (23)
Noe endring	16 (41)
Stor endring	10 (26)
Fullstendig endring	1 (3)
Hva sier avdelingens retningslinjer om bruk av håndgrep? ¹	Antall avdelinger (%)
Unngå håndgrep	0
Ritgens håndgrep	3 (12)
Modifisert Ritgens håndgrep	12 (48)
Andre håndgrep	0
Valgfri type håndgrep	10 (40)

¹ Svar fra kun 25 avdelinger



Figur 1 Anslått tidspunkt for endring ved de 26 fødeavdelingene der det ble oppgitt «noe», «stor» eller «fullstendig» endring i bruk av håndgrep

vært evaluert ved fem norske fødeavdelinger, der det har vært rapportert en dramatisk nedgang i rupturhyppighet ved sammenlikning av insidensen før og etter iverksetting av tiltaket (6, 7). Men en observert endring fra ett tidspunkt til et annet er sjelden tilstrekkelig til å anslå virkningene av et tiltak – det kan være en rekke andre årsaker til at insidensen av rupturer sank i den aktuelle perioden. Den betydelige oppmerksomheten rundt sfinkterskader kan ha ført til en rekke forandringer som kan ha hatt virkning på hyppigheten av rupturer. Uten kontrollgruppe er det meget vanskelig å dokumentere hvor effektivt et tiltak har vært. Rene før-og-etter-sammenlikninger kan være svært misvisende (14).

Resultatene fra vår spørreskjemaundersøkelse tyder på at det ikke lenger er mulig å gjennomføre en sammenliknende studie av håndgrep versus en mer passiv tilnærming i Norge, ettersom støtteteknikker nå er blitt standard prosedyre ved de aller fleste norske fødeavdelinger. Dette er bra for de fødende kvinnene – så sant bruken av slike teknikker gir reduserer risikoen for sfinkterskader – men det er ikke bra med tanke på å kunne finne ut om de faktisk gjør det. For noen år siden kunne fødeavdelingene ha vært randomisert til å innføre rutinemessig bruk av håndgrep eller ei, men det er vanskelig å se for seg at dagens fødselshjelpere vil delta i et forsøk der halvparten av fødeavdelingene randomiseres til å gjeninnføre gammel praksis.

I mangel av en robust evaluering bør det gjennomføres en grundig undersøkelse av sammenhengene mellom endringer i rupturinsidens de siste årene og tiltak som ble innført i samme periode – med bruk av avbrutt tidsserieanalyse. En slik studie kan bidra til å sannsynliggjøre eventuelle årsaks-sammenhenger.

Vi takker avdelingslederne som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet, Ingeborg Strømseng Sjetne for hjelp med utforming av skjemaet og Kjetil Olsen, som la svarene inn i en datafil.

Atle Fretheim (f. 1968)

er leder av Seksjon for global helse ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Han er også førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tom Tanbo (f. 1949)

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, leder av reproduksjonsmedisinsk seksjon ved gynekologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus og professor II ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Siri Vangen (f. 1954)

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og leder for Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse. Hun er også tilknyttet Avdeling for folkesykdommer på Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Liv Merete Reinart (f. 1958)

er jordmor og m.sc. «in primary care». Hun jobber nå som forskningsleder i seksjon for primærhelsetjenesten ved Kunnskapssenteret og er også assisterende redaktør i *Sykepleien Forskning*.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

John-Arne Røttingen (f. 1969)

er dr.med. og professor II i helsepolitikk ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han er tidligere direktør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nå tilknyttet Harvard School of Public Health og Harvard Kennedy School.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Forfatterne er engasjert i et prosjekt der målet er å estimere virkningene av tiltakene for forebygging av sfinkterrupturer som har vært innført i Norge de siste årene.

Litteratur

1. Baghestan E, Irgens LM, Børdaahl PE et al. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 25–34.
2. Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
3. Eason E, Labrecque M, Wells G et al. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 464–71.
4. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg* 2008; 247: 224–37.
5. Lukasse M, Grimsrud E. Varig reduksjon av sfinkterskader – hvordan skal vi få det til? *Tidsskrift for jordmødre* 2009; nr. 5.
6. Hals E, Øian P, Pirhonen T et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 901–8.
7. Laine K, Pirhonen T, Rolland R et al. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1053–7.
8. Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland—result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 974–7.
9. McCandlish R, Bowler U, van Asten H et al. A randomized controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1262–72.
10. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med* 2002; 47: 477–82.
11. Jönsson ER, Elfaghi I, Rydhström H et al. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 212–7.
12. Sterk økning i obstetriske sfinkterskader. *Fødselsnytt* 2010; nr. 2: 3. www.fhi.no/dav/17e444f118.pdf [22.9.2011].
13. Cunningham FG. The Ritgen maneuver: another sacred cow questioned. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 210–1.
14. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN et al. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health 18: planning monitoring and evaluation of policies. *Health Res Policy Syst* 2009; 7 (suppl 1): S18.

Mottatt 3.6. 2011, første revisjon innsendt 30.8. 2011, godkjent 22.9. 2011. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.