

Fødselsrifter – vitenskapsteori og klinisk praksis

Diskusjonen om bruk av perineumstøtte for å unngå fødselsrifter dreier seg i all hovedsak om et grunnleggende vitenskapsteoretisk spørsmål: Hva skal til for å slå fast at det er en årsakssammenheng mellom noe vi gjør (perineumstøtte) og noe vi observerer i ettertid (hyppighet av sfinkterskader)?

Atle Fretheim

atle.fretheim@kunnskapssenteret.no

Seksjon for global helse

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Noen ganger er sammenhengen mellom årsak og virkning så logisk eller så åpenbar at den knapt diskuteres. Dersom et menneske er i ferd med å blø i hjel, tilsier all logikk at blødningen må stoppes. Effekten av morfin mot sterke smerter betviles ikke av dem som har sett virkningen en håndfull ganger. Men dette er unntakene. Som regel er ikke virkningene av det vi gjør på langt nær så klare. Ett aktuelt eksempel er bruk av perineumstøtte for å forebygge alvorlige fødselsrifter (sfinkterruptur) (1).

Dramatisk nedgang i Norge – hvorfor?

Tallene fra Medisinsk fødselsregister er svært oppløftende: I 2004, da hyppigheten av sfinkterskader var på det høyeste, ble sfinkterruptur registrert hos 4,1 % av alle som fødte vaginalt i Norge (1). Siden den gang er andelen redusert til 2,1 % – en halvering. Svenskene har også hatt en viss nedgang i andelen rupturer siden 2004, mens det i Danmark er registrert en økning (2). Det store spørsmålet er: Hva er årsaken til den formidable nedgangen her i landet? Mye tyder på at bruken av perineumstøtte har økt i den samme perioden. Er det en vesentlig del av forklaringen? Svarene på disse spørsmålene er svært viktige fordi fødselshjelpere over hele verden er på desperat utkikk etter tiltak som forebygger sfinkterskader.

Det er ingen bred enighet internasjonalt om hvordan fødselshjelpere bør bruke hendene når en kvinne blir forløst. Ett eksempel – i de nasjonale britiske retningslinjene heter det at «Either the ‘hands on’ (guarding the perineum and flexing the baby’s head) or the ‘hands poised’ (with hands off the perineum and baby’s head but in readiness) technique can be used to facilitate spontaneous birth» (3). Denne anbefa-

lingen bygger på en systematisk gjennomgang av aktuell forskningslitteratur og stemmer også godt med konklusjonene fra andre systematiske oversikter på feltet: Nyten av perineumstøtte for forebygging av sfinkterskader er uvis (4–6).

Nasjonal handlingsplan mot sfinkterskader

I 2006 lanserte Nasjonalt råd for fødselsomsorg en handlingsplan for forebygging av sfinkterskader (7). I listen over tiltak ble det lagt stor vekt på forløsningsteknikk: «Her er det viktigste støtteteknikker, men også bedre samarbeid mellom den fødende og fødselshjelper har betydning» (7). Som begrunnelse for denne anbefalingen ble det vist til en studie fra 1990-årene som dokumenterte at hyppigheten av sfinkterruptur var mange ganger høyere ved et sykehus i Malmö (Sverige) enn ved et sykehus i Åbo (Finland) (8). Forfatterne antok at forskjellen skyldtes forskjellig bruk av forløsningsteknikker. Det er uklart hvordan rådet vurderte kunnskapsgrunnlaget for bruk av perineumstøtte. Det ble ikke nevnt til annen forskning enn den nevnte finske studien, på tross av at det forelå resultater fra eksperimentelle studier som ikke underbygde antakelsen om at støtteteknikker virker beskyttende på perineum.

En annen viktig komponent i handlingsplanen var å gjennomføre «en intervensjonsstudie for å redusere sfinkterskader ved fem fødeinstitusjoner i Norge for å undersøke effekt av et slikt tiltak». Intervensjonen var formodentlig å bidra med mer og bedre kunnskap om virkningen av perineumstøtte, selv om «intervensjonen» også besto av andre elementer, som god kommunikasjon mellom den fødende og fødselshjelperen.

Ettersom det fantes lite kunnskap som styrket bruk av perineumstøtte da handlingsplanen ble utarbeidet, var det prinsipielt riktig og viktig å legge opp til grundig evaluering.

Fortolkning av de norske intervensjonsstudiene

Resultatene fra intervensjonsstudien ved det første sykehuset ble publisert i 2008, fra de

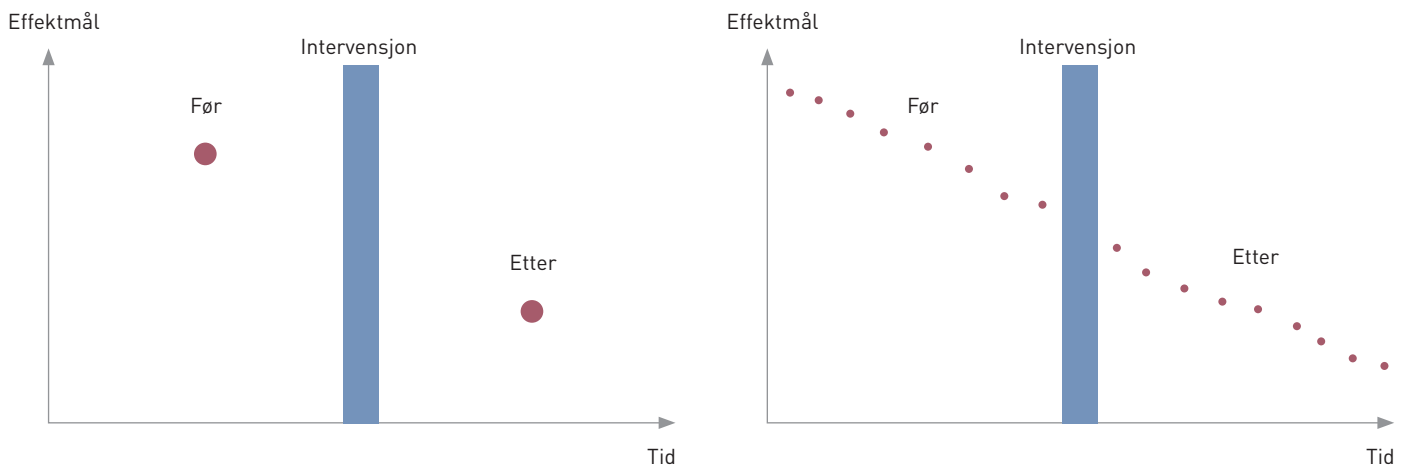
fire andre sykehusene i 2010 (9, 10). Hyppigheten av sfinkterskader i treårsperioden før tiltaket ble iverksatt ble sammenliknet med hyppigheten i treårsperioden etter. Det var altså ingen kontrollgruppe, og i analysen ble det heller ikke tatt høyde for at hyppigheten av sfinkterskader var på vei ned allerede før tiltaket ble innført. Denne type ukontrollerte før-etter-sammenlikninger har åpenbare svakheter og tillegges derfor vanligvis liten vekt. Et nytt legemiddel ville aldri få markedsføringstillatelse basert på en slik evaluering. Systematiske oversikter om effekter av tiltak (f.eks. Cochrane-oversikter) inkluderer svært sjelden denne type studier. Faren for feilkilder anses rett og slett for å være for høy. Det betyr ikke at resultatene fra slike evalueringer nødvendigvis er misvisende, men at de kan være det.

Alle avdelingene meldte om dramatiske effekter av tiltaksprogrammet. Det ble rapportert en nedgang i hyppighet av sfinkterskader på 60–80 % (fra ca. 5 % til 1–2 %). Få forebyggende tiltak i helsetjenesten er i nærheten av å være så effektive. I hvor stor grad den observerte nedgangen var en effekt av tiltaksprogrammet – og bruk av perineumstøtte – eller skyldtes svakheter ved evalueringemetoden, er vanskelig å anslå.

Nedgang i sfinkterruptur ved andre fødeavdelinger

En viktig feilkilde ved ukontrollerte før-etter-sammenlikninger er at andre forhold enn det aktuelle tiltaket kan ha forårsaket hele eller deler av den observerte endringen. Poenget med bruk av kontrollgruppe er nettopp å forsøke å unngå denne feilkilden. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at fra 2004 og frem til i dag har de fleste store fødeavdelingene i Norge oppnådd en reduksjon i rupturfrekvens på 30–60 %. Dette tyder sterkt på at andre forhold enn intervensjonsprogrammet har bidratt til nedgangen i sfinkterskader, også ved intervensjonssykehusene. Dette må tas med i vurderingen av resultatene fra intervensjonsstudiene.

En annen potensielt viktig feilkilde ved før-etter-sammenlikninger er at det ikke tas hensyn til underliggende trender (fig 1).



Figur 1 Før-etter-sammenlikning med og uten justering for tidstrender (teoretisk eksempel)

Dette er et vesentlig problem ved analysene av intervensjonsstudiene, ettersom rupturfrekvensen var synkende før programmene ble iverksatt. Grundigere analyser der det tas høyde for tidstrender kan justere for dette.

Aller helst skulle evalueringen vært gjort ved at alle fødeavdelinger i Norge (gjerne Sverige og Danmark også) ble randomisert til å innføre det aktuelle tiltaksprogrammet. Resultatene av en slik evaluering ville bidratt med viktig og solid kunnskap – til glede for fødende kvinner over hele verden.

Når så det er sagt: Nedgangen i sfinkterskader ved intervensjonssykehusene var enorm. Det kan derfor være rimelig å tolke resultatene dit hen at intervensjonsprogrammet antakelig hadde en viss effekt, selv om effektstørrelsen er høyst uviss. Hvilken komponent i programmet som eventuelt var den viktigste, er det svært vanskelig å si noe om. Det kan tenkes at økt bruk av perineumstøtte var det avgjørende, eller det kan være at andre elementer hadde langt større betydning for resultatet – for eksempel bedret kommunikasjon mellom jordmødrene og de fødende eller økt bruk av episiotomi.

Annen relevant kunnskap

Resultatene fra de norske evalueringene må også ses i sammenheng med annen forskning. I den grad det foreligger gode randomiserte, kontrollerte studier, vil disse vanligvis tillegges stor vekt. I en Cochrane-oversikt om tiltak for å beskytte perineum ble det identifisert tre større eksperimentelle studier som dreide seg om bruk av

håndgrep (4). Én av disse synes å være særlig relevant for den norske debatten, nemlig en studie fra Sverige, publisert i 2008 (11). For å teste hypotesen om at den finske håndgrepstradisjonen bidrar til færre sfinkterskader ble fødende kvinner ved to svenske sykehus randomisert til enten å få perineumstøtte på den finske måten («modifisert Ritgen's maneuver») eller den type perineumstøtte som var «standard care» ved sykehusene. Det ble ikke færre sfinkterskader blant kvinnene som fikk «finsk» perineumstøtte.

Resultatene fra den svenske studien står i sterk kontrast til de norske resultatene. Én mulig forklaring kan være at svenskene utelukkende la vekt på valg av håndgrep, mens intervensjonen ved de norske avdelingene besto av flere komponenter. Med andre ord – bruk av eller valg av håndgrep har liten betydning. En annen forklaring kan være at de svenske jordmødrene fikk dårligere opplæring i bruken av «finskegrepet» enn det de norske fikk. En tredje kan være svakheter ved den svenske studien – for eksempel går det ikke klart frem hvorfor bare halvparten av de fødende kvinnene tok del. En fjerde mulighet er at svenskene benyttet seg av en håndgrepsteknikk som skilte seg noe fra den som ble benyttet i Norge. I hvilken grad det er slike forklaringer eller om det er feilkilder ved de norske studiene som er årsak til de helt forskjellige resultatene, er vanskelig å si. Heller ikke resultatene fra andre eksperimentelle studier tyder på at støtteteknikker innvirker på rupturfrekvensen.

Håndgrep eller ikke?

Alle vurderinger av kausale sammenhenger (f.eks. om perineumstøtte beskytter mot sfinkterskade) innebærer et element av skjønn. Er dokumentasjonen tilstrekkelig til at jeg lar meg overbevise? Vi forventer stor grad av enighet blant fagfolk når kunnskapsgrunnet er solid og klart og mindre grad av enighet når det ikke er det. I lys av det uklare kunnskapsgrunnet er det ikke overraskende at det hersker ulike oppfatninger om hvorvidt perineumstøtte bør brukes rutinemessig – og ikke minst hva slags håndgrep som eventuelt bør benyttes.

Å avklare betydningen av håndgrep for forebygging av sfinkterskader bør gis høy prioritet av både fagmiljøene innen fødsels- og helsemyndighetene. Dersom robust evaluering viser at bruk av perineumstøtte faktisk halverer hyppigheten av sfinkterskader, vil det kunne påvirke praksisen ved fødestuer i alle verdenshjørner og føre til at hundretusener av kvinner unngår denne komplikasjonen.

Atle Fretheim (f. 1968)

leder Seksjon for global helse ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han har arbeidet med forskning om effekter av tiltak i helse-tjenesten i 13 år. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Litteratur

1. Staff A, Laine K. Mange sfinkterskader kan forebygges. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2364–5.
2. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable?—Large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2012. E-publiseret 4.10.
3. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007.
4. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 2011; nr. 12: CD006672.
5. Eason E, Labrecque M, Wells G et al. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstet Gynecol 2000; 95: 464–71.
6. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L et al. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. Birth 1998; 25: 143–60.
7. Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
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. 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.
10. Laine K, Pirhonen T, Rolland R et al. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol 2008; 111: 1053–7.
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.

Mottatt 10.12.2012 og godkjent 1.1.2013. Medisinsk redaktør Erlend Hem.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no