

# Kan håndgreb forhindre indgreb?

---

## Projektbeskrivelse.

### **Baggrund:**

En opgørelse fra Sundhedsstyrelsen fra 2010<sup>(1)</sup> viser, at mindst 80 % af alle danske førstegangsfødende får en bristning af vulva, vagina eller perineum under fødslen.

En større bristning kan få både kort- og langsigtede konsekvenser for kvinden og kan påvirke hende fysisk, psykisk og socialt. På længere sigt kan en større bristning medføre komplikationer som dyspareuni og anal inkontinens samt angst for, at føde vaginalt ved næste fødsel.<sup>(2)</sup>

Talrige undersøgelser samt et Cocranerewiew fra 2011<sup>(3,4,5)</sup> har set på risikoen for specielt de store bristninger og der syntes at være overvejende enighed om, at denne er relateret til førstegangsfødende, stigende maternel alder, stort barn samt uregelmæssige baghovedstillinger. Ligeledes er der overvejende enighed om, at risikoen er øget ved langvarige fødsler, lang presseperiode, fødsler med behov for ve stimulation og fødsler der afsluttes med tang, cup og episiotomi.

Samme Cochranerewiew konkluderer, at fødselshjælperen altid skal kunne overskue perineum i den sidste del af fødslen og at caput skal fødes med moderat kraft.

I en stor norsk undersøgelse<sup>(6)</sup> som inddrager 4 fødeafdelinger og 40.152 fødsler i perioden 2003-2009 konkluderer forfatterne, at den primære årsag til det fald i forekomsten af grad 3 og 4 bristninger, som undersøgelsen viste, var relateret til brugen af Ritgens håndgreb ved fødsel af caput og skuldre. Den norske undersøgelse er blevet kritiseret for, at man i databearbejdningen ikke har taget højde for interventioner eller ændringer i obstetrisk praksis der blev indført på de involverede afdelinger i samme periode.

Erfaringer viser at alene fokus på de store fødselsbristninger er en vigtig del af løsningen på problemet.

Der forligger ingen studier der specifikt undersøger relationen mellem skuldrenes fødsel og bristninger. En bacheloropgave fra jordemoderuddannelsen CVU-Nordjylland 2008<sup>(7)</sup> beskæftiger sig med problematikken omkring jordemødrenes håndtering af skulderforløsningsmetoderne og forfatterne konkluderer på baggrund af deres kliniske observationer og et fokusgruppeinterview, at der angiveligt anvendes mindst 6 forskellige metoder til fremhjælpning af skuldrene og at jordemødrene modulerer og tilpasser forløsningsmetoderne til de enkelte situationer.

Bortset fra en meget tidlig lærebog i obstetrik fra 1843 af Carl Edv. Levy anbefaler ældre som ny litteratur, om jordemoderens håndgreb til fremhjælpning af barnets skuldre under fødslen, at forreste skulder fremhjelpes før bagerste med eneste begrundelsen, at forreste del af fødselskanalen er kortere end bagerste.

Ingen umiddelbar tilgængelig forskning eller undersøgelser omkring den ukomplicerede fødsel, belyser imidlertid fordelene ved denne forløsningsmetode (med fordele menes her, så få skader på mor og barn som muligt).

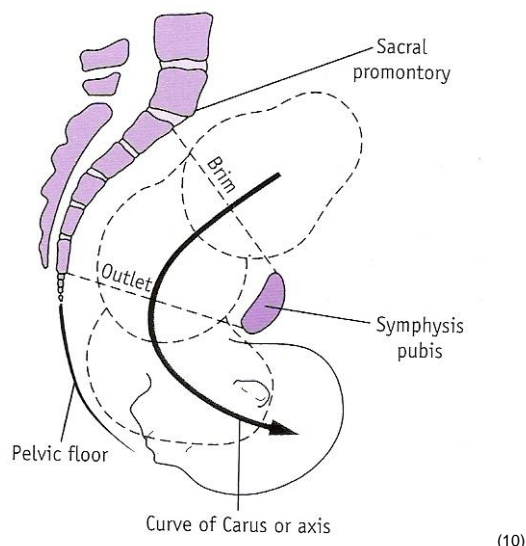
Ved fastsiddende skuldre efter caputs fødsel (skulderdystosi) anbefales det, som en af manøvrerne i skulderforløsningsprogrammet **HELPERR**<sup>(8)</sup>, at fremhjelpe bagerste skulder/arm før forreste.

Et computer simuleret studie på de standard manøvre der bruges ved fastsiddende skuldre, viste en nedsættelse af trækket på plexus bradialis på 71 % og en nedsættelse af forløsningskraften på 80 %, når bagerste arm forløstes før forreste arm.<sup>(9)</sup>

### **Problemstilling:**

Det er således ikke kliniske studier men tradition og teoretiske overvejelser der danner baggrund for at benytte den gældende metode ved fremhjælpning af barnets skuldre.

Forskningsprojektet undersøger primært om hyppigheden og graden af bristninger hos moderen er relateret til hvilke håndgreb der anvendes til fremhjælpning af barnets skuldre.



Ved at støtte barnet i fødselskanalens retning under *hæle* forløsningen, og derved fremhjelpe den bagerste skulder først antages det, at man kan nedbringe antallet og graden af bristninger hos moderen.

### Formål og mål:

Formålet med studiet er, at undersøge om antallet og graden af bristninger (STS-kode DO700 - DO714 inkl. undergrupper)<sup>(11)</sup> kan nedsættes ved, at fremhjelpe barnets bagerste skulder først. "Ingen suturkrævende bristning i perineum" ansættes som primært effektmål.

Det er studiets mål, at nedsætte incidensen af fødselsbristninger hos førstegangsfødende generelt med 10 % ved at fremhjelpe barnets bagerste skulder først. Ved styrkeberegningen, vælges den hypotetiske antagelse, at brugen af den alternative metode til skulderforløsning kan nedsætte frekvensen af bristninger fra 85% til 75%. Alternativhypotesen bliver, at der vil kunne findes en forskel på 10%. Udregningen er baseret på et confidensinterval på 95 % med et signifikansniveau på 5%. Undersøgelsens styrke er sat til 80%, hvilket bevirker, at der er 20% risiko for, at der ved undersøgelsen ikke kan påvise en forskel på 10%, selvom den reelt er der. Baseret på ovenstående er deltagerantallet fastsat til 250 i hver gruppe. Der er ikke taget højde for antallet af randomiserede patienter der føder ved akut sectio og deltagerantallet øges derfor proportionelt med dette.

### Metode:

Studiet er startet den 1. januar 2013 og fortsætter til der er inkluderet i alt 500 1. gangs gravide. Dataindsamlingen forventes afsluttet august 2014 og hele projektet forventes afsluttet juni 2015. Studiets design er et randomiseret, kontrolleret studie af 500 førstegangsfødende på Holbæk fødeafdeling. Dataindsamlingen foretages konsekutivt og data indtastes i et statistisk analyseskema, SPSS. Der foretages konsekutiv behandling af data fra informationsskemaer mhp løbende analyse og devaluering.

De gravide inkluderes i projektet ved 1. jordemoderundersøgelse i 12-16 graviditetsuge og randomiseres ved hjælp af lodtrækning når de ankommer til fødeafdelingen i aktiv fødsel.

Med henblik på, at sikre ensartet forløsningsmetode undervises jordemødrene i håndgreb til fremhjelplning af enten forreste eller bagerste skulder først. Undervisningen foregår ved hjælp af video og praktiske øvelser på fantom. Desuden undervises alle jordemødre i en struktureret diagnosticering af fødselsbristninger.

Til undervisningen i diagnosticering og suturrering af fødselsbristninger benyttes GynZones e-learningprogram<sup>(12)</sup>.

### Projektdeltagere:

#### **Inklusionskriterier:**

Primipara med ét barn i hovedstilling.  
Tidligere et sectio, med ét barn i hovedstilling.

**Primære eksklusionskriterier:**

Multipara, tidligere vaginal fødsel.  
Gemelligravide.  
Gravide planlagt med elektivt sectio.

**Sekundære eksklusionskriterier:**

Fødsel før GA 35+0  
Fødsel af barn i underkropstilling.  
Fødsel ved akut sectio.

I graviditeten bliver alle gravide der opfylder inklussionskriterierne informeret om undersøgelsen ved udlevering af en deltagerinformation<sup>(bilag1)</sup>.

Vandrejournal påsættes en label der dokumenterer, at den gravide har modtaget patientinformationen og de fødende randomiseres når de ankommer til fødegangen i aktiv fødsel.

Ved ankomsten til fødeafdelingen spørges den fødende, om hun fortsat vil deltage i projektet. I bekræftende fald dokumenteres det i journalen og afdelingens assistent randomiserer hende i henhold til specifik procedure<sup>(bilag2)</sup>.

I henhold til denne procedure bliver kun assistenten, fødejordemoderen og evt. assisterende læge bekendt med hvilken metoder der anvendes til fremhjælpning af barnets skuldre.

Ved cupforløsninger er det jordemoderen der fremhjælper barnets skuldre.

Efter placentas fødsel udfyldes et bristningsskema<sup>(bilag3)</sup> af en jordemoder eller obstetiker der *ikke* har været til stede ved fødslen og som ikke er oplyst om, hvilken metode der blev anvendt til fremhjælpning af barnets skuldre. Det er ikke tilladt at diskutere bristningerne før bristningsskemaet er udfyldt.

Efterfølgende udfylder fødejordemoderen et informationskema<sup>(bilag4)</sup> med henblik på, at kategorisere de omstændigheder omkring fødslen, der erfaringsmæssigt kan have indflydelse på forekomsten af fødselsbristninger, f.eks. fødestillinger, moderens BMI, barnets fødselsvægt eller om der er opsat vestimulation eller anvendt cupforløsning.

Basisomstændighederne forventes uændrede således, at projektjordemødrene efterlever de til enhver tid gældende procedurer og faglige anbefalinger hvad angår fødslen af barnets hoved og procedure for anlæggelse af episiotomi.

Fødestillinger kan have betydning for hvilken skulder der spontant fødes først. Det forudsættes, at jordemødrene fortsætter med, at hjælpe den fødende til den for hende mest behagelige fødestilling og at der således ikke vil ske en ændring i disse basisomstændigheder ved fødslerne.

**Fremhjælpning af bagerste skulder først:**

Efter caputs fødsel foretager barnet enten spontan eller assisteret rotation. Under denne rotation understøttes barnets hoved i fødselskanalens akse således, at bagerste skulder kan fødes i næste ve. I de situationer hvor barnet har bagerste hånd ved kinden eller arm ved halsen kan det være hensigtsmæssigt, under fremhjælpning af bagerste skulder, at roterer barnets ryg lidt op under symfyen således, at den nederste arm kan fremhjælpes over perineum.

For at sikre, at de jordemødre der skal udføre projektet har ens referenceramme og udføre de forskellige håndgreb ens, skal de modtage den samme basisundervisning. Undervisningen udføres på fantom hvor håndgrebene trænes. For at sikre, at jordemødrene udføre de tillærte håndgreb korrekt skal de videooptage deres praksis med henblik på refleksion.

Alle jordemødre får kort efter projektets start udleveret et USB-stik med projektmateriale og videosekvenser af fremhjælpmetoderne.

Materialet uploades på projektets hjemmeside: [www.willersmetode.dk](http://www.willersmetode.dk)

**Ansvarsfordeling.**

Projektansvarlig: Jordemoder Hanne Willer

Styregruppe: Chefjordemoder Anne Fabricius og Obstetrisk Overlæge dr.med. Lone Krebs

Gynækologisk/Obstetrisk afdeling  
Holbæk Sygehus  
Smedelundsgade 60 4300 Holbæk

Projektets ansvarlige udfører projektprotokol, udarbejder undervisnings- og projektmateriale og underviser jordemodergruppen, samler data og bearbejder disse statistisk. Dette samlet under vejledning fra Obstetrisk Overlæge Lone Krebs, Holbæk Gyn/Obst afd.

Alle resultater såvel positive som negative vil blive søgt publiceret i international peer reviewed tidsskrifter.

### **Etik.**

Projektet er anmeldt til og godkendt af Videnskabsetisk Komité (SJ-3010) og er under anmeldelse til Clinical Trail.

Projektet er ikke anmeldt til datatilsynet i henhold til BEK nr. 410 af 09/05/2012 hvoraf det fremgår, at der ikke skal ske anmeldelse af "sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter omfattet af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter."

Projektet følger afdelingens retningslinjer for god etik i forbindelse med patientkontakt og håndtering af personfølsomme oplysninger.

### *Information og samtykke*

Projektdelegerne informeres såvel skriftligt som mundtligt om projektets formål og indhold jævnfør rekommandationerne fra Den Videnskabsetiske Komité.

Når forsøgspersonerne indkaldes til første undersøgelse hos en jordemoder medsendes patient-informationen. Ved første jordemoderundersøgelse informeres patienten igen om, at der er tale om en forespørgsel om deltagelse i et forskningsprojekt og får efterfølgende udleveret en tilsagnserklæring.

På tilsagnserklæringen skriver konsultationsjordemoderen eller projektlederen under på, at skriftlig og mundtlig information er givet som ovenfor anført. Den underskrevne tilsagnserklæring opbevares af projektlederen og samles efter fødslen med data.

Projektdelegerne informeres om, at de når som helst kan tilbagetrække deres tilsagn om deltagelse i projektet, uden at dette vil få betydning for nuværende eller senere behandling eller kontrol.

### *Resultater*

Når undersøgelsens resultater foreligger, vil de blive offentliggjort på projektets og regionens hjemmeside, i diverse aktuelle fagtidsskrifter og ved foredrag og symposier.

Oplysningerne vedrørende forsøgspersonen beskyttes efter lov om behandling af personoplysninger og lov om patienters retsstilling.

### **Finansiering og budget:**

Projektet søges finansieret af fonde og forskningspuljer. I regionens forskningsenhed oprettes en forskningskonto.

Det samlede budget udgør godt 1 mill. kr. heraf ca. 830.000 kr. til lønudgifter til projektansvarlig og assistent.

### **Litteraturhenvisninger:**

<sup>1</sup> SSI: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Sundhedsdata/Fodsler/Fodsler%201973.aspx>

<sup>2</sup> **Engelsk fokusgruppeinterview:** Women's Experiences After a Third Degree Obstetric Anal Sphincter Tear: A Qualitative Study (Williams et al. 2005)

<sup>3</sup> **Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma:** Vigdis Aasheim, Anne Britt Vika Nilsen, Mirjarm Lukasse, Liv Merete Reinar.  
Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group  
Published Online: 7 DEC 2011  
Assessed as up-to-date: 31 OCT 2011  
DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2

<sup>4</sup> J Nurse Midwifery. 1996 Jul-Aug;41(4):269-76.

#### **Factors related to perineal trauma in childbirth.**

Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, Teaf D.

**Source:** University of New Mexico College of Nursing, Albuquerque 87131-1061, USA.

<sup>5</sup> **Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth**

NICE Clinical Guidelines, No. 55

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK)  
London: RCOG Press; September 2007.  
ISBN-13: 978-1-904752-36-3

<sup>6</sup> <http://summaries.cochrane.org/CD006672/perineal-techniques-during-the-second-stage-of-labour-for-reducing-perineal-trauma>

<sup>7</sup> **Godt skuldret?:** Inge Andersen, Maria Ludvigsen, Line Merrild.  
Jordemoderuddannelsen CVU-Nordjylland, februar 2008

<sup>8</sup> **D4-dokument-ID:54151, Fastsiddende skulder ved fødsel (Skulderdystoci)**

<sup>9</sup> *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Oct;203(4):339.e1-5. Epub 2010 Jun 26. **Effect of clinician-applied maneuvers on brachial plexus stretch during a shoulder dystocia event: investigation using a computer simulation model.** Grimm MJ, Costello RE, Gonik B

<sup>10</sup> **Henderson, C. & Macdonald, S.** 2004  
*Mayes' Midwifery- A Textbook for Midwives* 13<sup>th</sup> edition Baillière Tindall, GB

<sup>11</sup> SST koder side 290:  
[http://www.sst.dk/~media/Indberetning%20og%20statistik/Klassifikationer/Tabeller%20sgdklass/20111222\\_ICD10\\_tekstmap\\_p.a.shx](http://www.sst.dk/~media/Indberetning%20og%20statistik/Klassifikationer/Tabeller%20sgdklass/20111222_ICD10_tekstmap_p.a.shx)

<sup>12</sup> <http://www.gynzone.dk/faq-om-kvinde-sundhed>