

Ulla Waldenström, professor, barnmorska, institutionen för omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm
 ulla.waldenstrom@omv.ki.se

Det medicinskt möjliga gör oss fartblinda

Interventionskaskaden vid barnafödande måste ifrågasättas

II Målen för mödra- och förlossningsvården är en frisk mor och ett friskt barn samt en positiv upplevelse av graviditet och förlossning. Dessa mål skall eftersträvas med minsta möjliga ingrepp under graviditetens och förlossningens förlopp [1]. Under 1980-talet diskuterades i Sverige och i länder med likartad vård om medikaliseringen av barnafödandet enbart var av godo. Debatten påverkade vården i riktning mot mer hemlika miljöer, ökat föräldrainflytande och alternativa vårdformer såsom ABC-vård, vars syfte var att främja naturlig förlossning i en hemlik och småskalig miljö. Idag har den debatten tystnat, trots att mödra- och förlossningsvården blivit än mer teknologisk. Man kan fråga sig varför. Har vi med dagens nivå av medicinskt tekniska interventioner kommit närmare målen? Eller finns andra drivkrafter bakom den ökade användningen av medicinsk teknik?

I denna artikel diskuterar jag några vanliga metoder som används under graviditet och förlossning i relation till praxis och evidens. Därefter spekulerar jag över vilka drivkrafter av icke-medicinsk natur som kan tänkas leda till överanvändning av medicinsk teknologi.

Exempel från mödrahälsovården

Ultraljudsscreening. Den viktigaste tekniska utvecklingen inom mödrahälsovården under de senaste två decennierna är införandet av ultraljudsundersökning. Mer än 95 procent av alla gravida kvinnor i Sverige genomgår minst en sådan. Syftet med den rutinmässiga undersökningen är att fastställa graviditetens längd, påvisa flerbörd, lokalisera moderkakan och numera även fosterdiagnostik. Den största vinsten är att man säkrare kan fastställa datum för beräknad förlossning än om detta görs utifrån uppgift om senaste menstruation och att antalet förlossningar som sätts igång på grund av överburenhet därmed kan minska. Trots denna fördel har ultraljudsscreening hittills inte medfört någon minskning av sjuklighet eller dödlighet hos fostret eller det nyfödda barnet [2, 3].

I en broschyr som delas ut till gravida står att inga belägg finns för att ultraljudsundersökningen påverkar barnets födelsevikt, tillväxt, rörelseförmåga, språkutveckling eller inlärningsförmåga [4]. Broschyren ger intryck av att frågan om risk för fosterskada är väl studerad, »forskarna har arbetat mycket för att besvara den frågan«. Om man läser hela den SBU-rapport [2] som ligger till grund för broschyren får man en delvis annan bild. Där beskrivs ultraljudets biologiska effekter och att det faktiskt råder brist på kunskap eller osäkerhet i vissa frågor, exempelvis om diagnostiskt ultraljud kan ge funktionella förändringar, dvs förändringar i biokemiska

Sammanfattat



Många metoder inom mödra- och förlossningsvården används i en omfattning som överskrider gränsen för när de gör bevisad nytta.

Tekniker avedda att användas vid en viss indikation sprids även till andra indikationsområden. Nya metoder införs utan utvärdering eller i förtid för att man är alltför otålig för att invänta forskning på väg.

Tänkbara orsaker till överanvändning av medicinsk teknologi kan vara rädsla för felbehandling, tidsbrist, bristande kunskap om alternativen, ovilja att framstå som bakåtsträvande, dåligt informerade patienter och att det medicinskt möjliga styr.

Kanske har inställningen »kunden har alltid rätt« fått större genomslag än evidensbegreppet. I sjukvården har kunden dock inte alltid rätt. Att vara lyhörd för patientens behov är inte detsamma som att göra som patienten vill – om detta står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet.

processer hos fostret. Där sägs också att det samband mellan ultraljudsundersökning och vänsterhänthet hos fostret som rapporterats i två studier bör följas upp med ytterligare forskning. Sedan rapporten skrevs har två studier tillkommit som båda bekräftar sambandet mellan ultraljudsundersökning och vänsterhänthet [5, 6]. Ingen av de fyra studierna har ett eget bevisvärde, men ingen har framfört någon alternativ tolkning av fynden än att ultraljudsundersökning kan påverka fostrets hjärna [7]. Samtliga studier är uppföljningar från en tid då man gjorde färre ultraljudsundersökningar per graviditet och använde lägre energinivåer och kortare exponeringstid vid varje undersökning än idag.

Vaginalt ultraljud. Vaginalt ultraljud har blivit allt vanligare, även i tidig graviditet. Vid denna undersökning finns mindre vävnad mellan ultraljudssändaren och fostret. Fostret är mindre än vid den senare rutinmässiga abdominella ultraljudsundersökningen. Mig veterligt finns inga utvärderingar

av tänkbara effekter på fostret vid denna rutin och ingen svensk statistik över förekomsten av vaginalt ultraljud under graviditet.

Dopton. Idag är det vanligt att barnmorskan avlyssnar fostreljuden med dopton i samband med de rutinmässiga besöken i mödravården. Dopton är enkel och bekväm att använda och brukas även i tidig graviditet. Liksom CTG (kardiotokografi) bygger metoden på doppler-ultraljud, och även om doptonen inte har samma höga energinivåer som annat doppler-ultraljud motsvarar de dem för bildgivande ultraljud. Jag har inte hittat några randomiserade studier av effekten av rutinmässig användning av dopton jämfört med auskultation med trätratt under graviditet. Enligt »Riktlinjer för hälsovård under graviditet« [8] kan det medicinska värdet av att rutinmässigt bestämma fostrets hjärtfrekvens under graviditeten starkt ifrågasättas.

Exempel från förlossningsvården

Kejsarsnitt. Sedan 1990-talet har andelen kejsarsnitt i Sverige ökat från 11 till 16 procent (år 2001). I Stockholm var siffran 19 procent år 2003. Bland orsakerna till denna ökning anges att fler gravida är äldre och tyngre, att gravida där fostret ligger i säte förlöses med kejsarsnitt i ökad grad samt att ett tidigare kejsarsnitt ökar risken för kejsarsnitt vid efterföljande graviditet. Dessa skäl kan dock inte förklara hela ökningen, lika lite som trycket från kvinnorna själva. I KUB-projektet (KUB = kvinnors upplevelse av barnafödande) som är en nationell studie av cirka 3 000 svensktalande kvinnors upplevelse av att föda barn år 2000 angav 8 procent att de önskade kejsarsnitt när de tillfrågades i början av graviditeten [9]. I denna grupp ingick många kvinnor som hade medicinska skäl, tidigare kejsarsnitt var en av de viktigaste förklarande orsakerna. Den andra var förlossningsrädsla. Ökningen av andelen kejsarsnitt har inget påvisat samband med bättre hälsa hos mor och barn.

CTG. Elektronisk övervakning av fostret är värdefull vid komplicerade förlossningar. Värdet av CTG i normalfallen är dock omdiskuterat. Socialstyrelsens »state of the art«-dokument [1] rekommenderar intagningstest med CTG samt intermittent CTG-övervakning varannan timme efter det att förlossningen kommit in i sin aktiva fas. I normalfallen bör alltså fostret i huvudsak övervakas med auskultation, här i betydelsen den tidigare vanliga trätratten. Detta rekommenderas även under normalt utdrivningsskede om man dessförinnan har en reaktiv CTG-kurva. KUB-projektet, som innefattade kvinnor med såväl normal som komplicerad förlossning, visade att 72 procent i praktiken inte hade sett till någon trätratt under förlossningen. Endast 8 procent uppgav att barnets hjärtljud övervakades med tratt flera gånger eller regelbundet under förlossningen. I 42 procent av fallen användes CTG »i stort sett under hela förlossningen«.

Stimulering av värkarna. Stimulering av värkarbetet med oxytocindropp är värdefullt vid långdragen förlossning för både mor och barn. Enligt Socialstyrelsens »state of the art«-

De här diskuterade exemplen från mödra- och förlossningsvården är samtliga metoder som gör nytta vid speciella indikationer, och det kan vara svårt att dra en exakt gräns för när användningen övergår i överkonsumtion. Det senare skulle inte vara något problem om det inte vore så att alla beskrivna metoder även har sina nackdelar.

dokument rekommenderas stimulering av värkarbetet om ingen vidgning av livmoderhalsen skett inom 2–3 timmar under förlossningens aktiva fas. I sammanhanget påpekas vikten av att definiera aktiv fas för att undvika onödig stimulering under latentfasen. Bland förstföderskorna i KUB-projektet uppgav 65 procent att de fick värkstimulerande dropp under förlossningens öppningsskede, utdrivningsskede eller både-och. Motsvarande siffra bland omföderskorna var 28 procent.

Epiduralbedövning. En bidragande orsak till den stora andelen värkstimulerande dropp är ryggbedövning, vars främsta biverkan är värksvaghets [10]. Epiduralbedövning är den effektivaste

formen av smärtlindring under förlossning, och användningen ökade från drygt 10 procent i slutet av 1980-talet till närmare 30 procent år 2000 [11]. Användningen skiljer sig mellan först- och omföderskor, och ungefär hälften av alla förstföderskor får idag epiduralbedövning, med en variation från drygt 30 procent i Skåne till närmare 60 procent i Jämtland.

Smärtlindring vid förlossning rör i huvudsak det andra målet med vården – en positiv upplevelse. Införandet av ryggbedövning i början av 1970-talet var utan tvivel en stor framgång, eftersom metoden ger effektivare smärtlindring än någon annan form av obstetrisk bedövning.

Randomiserade studier av epiduralbedövningens effekt på kvinnans upplevelse har tyvärr endast mätt smärtan under förlossningen [10], inte den totala förlossningsupplevelsen som endast kan mätas i efterhand. Förlossningsupplevelsen är viktig, bl a eftersom den kan påverka framtida barnafödande [12]. Enligt KUB-studien ökade epiduralbedövning risken för att minnas förlossningen som en negativ upplevelse ett år senare, även när man på statistisk väg kontrollerade för upplevd smärta [13]. Detta resultat skall tolkas med försiktighet, eftersom slutsatser om orsak och verkan är problematiska i observationsstudier.

Det kan dock inte uteslutas att epiduralbedövning faktiskt kan ha negativa effekter på kvinnans upplevelse av förlossningen genom att minska känslan av delaktighet och kontroll eller på grund av epiduralbedövningens biverkningar i form av mer långdragen förlossning och att den ger större andel instrumentella förlossningar [10].

Klent med evidens

Om jag återknyter till syftet med mödra- och förlossningsvården – optimal hälsa för mor och barn samt en god upplevelse av graviditet och förlossning – kommer jag fram till att alla ovanstående metoder används i en utsträckning som överskrider gränsen för när de gör bevisad nytta.

I några fall, exempelvis rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet och epiduralbedövning under förlossning, är frågorna om risker respektive effekt på förlossningsupplevelsen otillräckligt studerade. I några fall där den medicinska nyttan är osäker eller liten finns tendens att i stället motivera bruket av psykologiska skäl, exempelvis vid användning av dopton och rutinmässigt ultraljud. Enligt SBU:s rapport om ultraljudsundersökning under graviditet skall dock ultraljud »inte användas enbart för att tillfredsställa föräldrar-

nas önskan att se sitt ofödda barn« [2].

De här diskuterade exemplen från mödra- och förlossningsvården är samtliga metoder som gör nytta vid speciella indikationer, och det kan vara svårt att dra en exakt gräns för när användningen övergår i överkonsumtion. Det senare skulle inte vara något problem om det inte vore så att alla beskrivna metoder även har sina nackdelar.

Det är därför viktigt att förstå och diskutera vilka mekanismer som ligger bakom överanvändning. Tyvärr finns inte mycket forskning om detta, det följande är därför mina egna spekulationer, som i sin tur skulle kunna ligga till grund för framtida kvalitativa studier.

Tänkbara orsaker till överanvändning

Det medicinskt möjliga styr. Utvecklingen av medicinsk teknologi styrs i hög grad av vad som är medicinskt och tekniskt möjligt. Invändningar av psykologisk eller etisk karaktär anses ofta intressanta, men de har ofta liten effekt på praxis. Om inga påtagliga vinster omedelbart kan påvisas kan en viss metod motiveras av dess framtida potential. Regelbunden användning kan då underlätta vidare forskning. Det kan gälla ultraljudsscreening där nackdelar i form av kostnad och eventuella risker för barnet vägs inte enbart mot nyttan i form av säkrare bestämning av graviditetens längden och färre induktioner, utan även mot tänkbara framtida fördelar inom fostermedicinen.

Ny teknik bejakas också eftersom flertalet vill se sig själva som progressiva, inte som konservativa bakåträvarer. Trots ökad medvetenhet om behovet av utvärdering är otaligheten inför att införa nya metoder ofta stor. Ett exempel är att man på vissa ställen redan har infört fosterdiagnostik med ultraljud och mätning av nackupplärning på fostret innan utvärderingen av den metoden är klar. Detta trots att Sverige i just detta fall genomför en världsunik studie av omkring 40 000 gravida till en kostnad av flera miljoner kronor och vars resultat snart kommer att publiceras.

Ändrade värderingar. En engelsk studie jämförde barnaföderskors uppfattningar år 1987 och 2000 [14]. Den senare gruppen förväntade sig och fick mer information samt var mer delaktig i beslut rörande icke-akuta vårdåtgärder. Barnaföderskorna från år 2000 var samtidigt mer rädda för smärta och mer benägna att acceptera medicinska interventioner; båda dessa variabler hade samband med stor användning av epiduralbedövning och färre normala vaginala förlossningar. Jag tror att en motsvarande studie i Sverige skulle ge likartat resultat, dvs att dagens barnaföderskor har mindre tillit till sin egen förmåga att föda och är mer positiva till medicinsk teknik och hjälp från expertis.

Läkar- och barnmorskerollerna har förändrats genom ökat patientinflytande, från självklara auktoriteter till mer av rådgivare och samtalspartner. Kanske finns en osäkerhet i de nya rollerna som gjort det svårare att stå upp för sin kunskap till förmån för ambitionen att glädja patienten. Kanske har »kunden har alltid rätt«-inställningen från handels- och tjänstesektorn fått större genomslag än sjukvårdens evidensbegrepp. Detta kan tänkas påverka andelen kejsarsnitt, epiduralbedöv-

Perspektiven är så olika att det oftast känns som två skilda världar, den ena med fokus på kroppen och den andra på psyket, själen eller den omgivande miljön. Om dessa världar kunde mötas lite oftare skulle möjligen också användningen av medicinsk teknologi bli mer balanserad.

ningar, ultraljudsundersökningar och även användningen av dopton i samband med kontrollerna under graviditeten.

Rädsla att göra fel. Rädsla för felbehandling är troligen en av drivkrafterna bakom ökningen av andelen kejsarsnitt. Denna rädsla har ökat av flera skäl. Dagens föräldrar är mer välinformerade, ställer högre krav och har mindre problem med att anmäla eventuell felbehandling. Barnaföderskorna är äldre och graviditeterna mer välplanerade, vilket ökar förväntningarna på att inget skall gå fel. Det faktum att man nästan aldrig blir anmäld eller fälld för att ha gjort ett kejsarsnitt för mycket, endast för

motsatsen, har troligen betydelse. Samma mekanismer ligger också bakom överanvändning av CTG.

Bristande kompetens om alternativen. Att övervaka en förlossning som börjar avvika från det normala förloppet kräver en kompetens byggd på klinisk erfarenhet, inte enbart teoretisk kunskap. Förmågan att med sina sinnen, dvs händer och öron, bedöma fostrets läge och tillstånd samt förlossningens progress utvecklas troligen långsammare idag när barnmorskestudenter och unga läkare ges mindre tillfälle till övning på grund av att CTG och ultraljudsundersökning delvis ersatt det professionella handlaget. Läkare som skall bli obstetiker får på flertalet sjukhus bristande träning i handläggning av normal förlossning, men de lär sig snabbt att bli duktiga operatörer. Vid avvikelser från det normala kan det då vara tryggare att göra ett kejsarsnitt. På så sätt kan dåliga kunskaper om förlossningens varierande förlopp och alternativ handläggning bidra till att vaginala förlossningar blir färre. Likaså blir barnmorskor som får liten träning i att auskultera fosterljud med trätt troligen mer benägna att använda CTG.

Praktiskt. Det är enkelt, bekvämt och praktiskt att under förlossningen lyssna på fosterljuden med CTG-dosan när apparaten ändå står där. I vissa lägen behöver barnmorskan inte besvära kvinnan med att ändra kroppsställning, vilket ibland krävs vid auskultation med trätatten. Likaså kan det vara enklare att hitta fosterljuden med dopton under graviditeten. Det är också praktiskt att ha ett datum för förlossningen beräknat med ultraljud, vilket ger en mer precis skattning än de uppgifter som kvinnan ger om datum för sin senaste menstruation. Likaså är vaginalt ultraljud enkelt att administrera och ger snabb information.

Tidsbrist. Tidsbrist kan öka risken för överanvändning av vissa metoder. Om barnmorskan inte hinner vara inne i förlossningsrummet, t ex för att hon har hand om fler kvinnor samtidigt eller för att arbetet måste dokumenteras, kan det vara tryggt att ha en kontinuerlig CTG-registrering. Ett oxytocindropp som påskyndar förlossningen spar tid även för personalen, och en epiduralbedövning kan fungera som ersättning för personlig närvaro för att ge stöd som lugnar och hjälper kvinnan att själv hantera smärtan.

Tekniker som blivit rutin. Det är enklare att okritiskt använda en metod om den blivit rutin. När den väl finns på plats kan det krävas mer för att avstå än för att använda den. Det kan

Klinik och vetenskap

gälla överanvändning av CTG, dopton, ultraljud, liksom oxytocinstimulering. Metoder kan överanvändas utifrån ett säkerhetstänkande, men en metod som blivit rutin kan också minska säkerhetsmedvetandet och därmed spärren för överanvändning. Av erfarenhet vet jag att den försiktighetsprincip som rekommenderas vid ultraljudsanvändning, nämligen att »... undersökningen ska ha ett medicinskt syfte, man alltid ska använda lägsta möjliga intensitetsinställning på ultraljudsapparaten och använda kortast möjliga tid för undersökningen« [2] inte alltid följs.

Ensidig information. Ensidig information kan göra patienten mer okritisk och därmed öka efterfrågan på vissa metoder. Det finns en välmenande vilja att inte i onödan oroa eller skuldbelägga patienten genom detaljerad information om metodernas nackdelar. Ensidig information kan dock minska hennes möjligheter att göra ett självständigt val. Om alla kvinnor skulle läsa kapitlet om biologiska effekter och säkerhetsaspekter vid användning av ultraljud under graviditet i SBU:s rapport i stället för enbart den informationsbroschyr som delas ut i mödrahälsovården skulle troligen fler avstå från undersökningen. Nackdelarna med epiduralbedövning tonas ofta ner i föräldrautbildningen under graviditeten och likaså riskerna med kejsarsnitt.

Förutom den information som ges från sjukvårdens sida inhämtar dagens blivande föräldrar mycket information från massmedier och Internet. Denna information är ofta vinklad utifrån ett »kräv din rätt«-perspektiv, där rätten att få tillgång till det senaste inom medicinsk teknik framställs som mer konsumentvänligt än att avstå på grund av biverkningar eller andra nackdelar.

Kunden har inte alltid rätt

Även om den gravida och födande kvinnan har mer eller mindre stort inflytande över användningen av de beskrivna metoderna är det alltid läkaren eller barnmorskan som har ansvaret för i vilken utsträckning de används. Om vi vill att nivåerna bättre skall stämma överens med de vetenskapligt grundade rekommendationerna är det alltså personalen som måste tänka till. Jag anser att framför allt följande fyra aspekter bör diskuteras:

- Synen på evidens
- Information om risker
- Tvärfackligt samarbete
- Modet att stå upp för sin yrkeskunskap.

Innebörden av en evidensbaserad vård har ännu inte trängt igenom i den svenska sjukvården, varför personalutbildning på alla nivåer för att konkretisera denna fråga skulle kunna få positiva effekter. Cochranebiblioteket och vår svenska SBU erbjuder en viktig grund, men problemet med tolkning av forskningsresultat, t ex sammanvägningen av för- och nackdelar med en viss metod, borde uppmärksammas mer så att subjektiva intressen från kliniker, forskare och olika vårdyrkesgrupper får mindre spelrum.

Information om olika metodernas nackdelar bör få större utrymme så att patienten verkligen kan göra ett informerat val och därmed kanske också bli en motkraft mot överanvändning av medicinsk teknologi. Vid komplicerade frågeställningar som fosterdiagnostik bör de blivande föräldrarna remitteras till speciellt utbildad informatör. Detta för att verkligen ge frågan den plats och behandling den förtjänar, men också för att valet av fosterdiagnostik på detta sätt blir ett aktivt val och inte något som blivande föräldrar riskerar att uppfatta som obligatoriskt.

Tvärfackligt kunskaps- och meningsutbyte bör stärkas.

Om man som jag under många år har deltagit i konferenser som organiserats av antingen läkare eller barnmorskor, sjuksköterskor och beteendevetare kan man ibland fråga sig om dessa konferenser verkligen avhandlar samma verklighet. Perspektiven är så olika att det oftast känns som två skilda världar, den ena med fokus på kroppen och den andra på psyket, själen eller den omgivande miljön. Om dessa världar kunde mötas lite oftare skulle möjligen också användningen av medicinsk teknologi bli mer balanserad. Tvärprofessionella konferenser förekommer, men programmen innehåller då ofta separata avsnitt som gör att man ändå inte behöver lyssna på varandra.

I sjukvården har kunden inte alltid rätt. Att vara lyhörd för patientens behov genom att se, lyssna och respektera är inte detsamma som att göra som patienten vill om detta står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det måste få ta den tid som krävs för att informera en patient om den behandling man tror gör mest nytta eller om att avstå från viss behandling. I längden förlorar vi auktoritet om vi inte står upp för vår kunskap.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Nordström L, Waldenström U. Handläggning av normal förlossning. State of the art (SOTA). Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
2. Hagenfeldt K, Alton V, Axelsson O, Blennow M, Bojö F, Bygdeman M, et al. Rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik; 1998. SBU-rapport nr 139.
3. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy [review]. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000182.
4. Leander G. Rutinmässigt ultraljud under graviditet. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik; 1999. www.sbu.se
5. Kieler H, Cnattingius S, Haglund B, Palmgren J, Axelsson O. Sinistrality – a side effect of prenatal sonography: A comparative study of young men. Epidemiology 2001;12:618-23.
6. Kieler H, Cnattingius S, Palmgren J, Haglund B, Axelsson O. First trimester ultrasound scans and left-handedness [letter]. Epidemiology 2002;13:370-2.
7. Kieler H, Cnattingius S, Haglund B, Palmgren J, Axelsson O. Ultrasound and adverse effects [review]. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;20:102-3.
8. Kliniska riktlinjer: Riktlinjer för hälsovård under graviditet. Svensk förening för obstetrik och gynekologi. www.sfog.se/klinrikt-halsoovervakning.htm
9. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG 2002;109:618-23.
10. Howell CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labor [review]. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000331.
11. Fakta om mammor, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelserregistret 1973 till 2000. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen; 2002. www.sos.se
12. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? BJOG 2002;109:254-60.
13. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience – prevalence and risk factors in a national sample. Birth 2004;31:17-27.
14. Green J, Baston H, Easton S, McCormick F. Greater expectations [summary report]? Leeds: Mother & Infant research Unit, University of Leeds; 2003.