Teamarbete barnmorska-läkare vid igångsättning av förlossning

31 Augusti 2022 SFOG Linköping

Linda Rilby Barnmorska
Lena Otterlind Förlossningsläkare
Sahlgrenska Universitets Sjukhuset Göteborg

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vilka är vi?

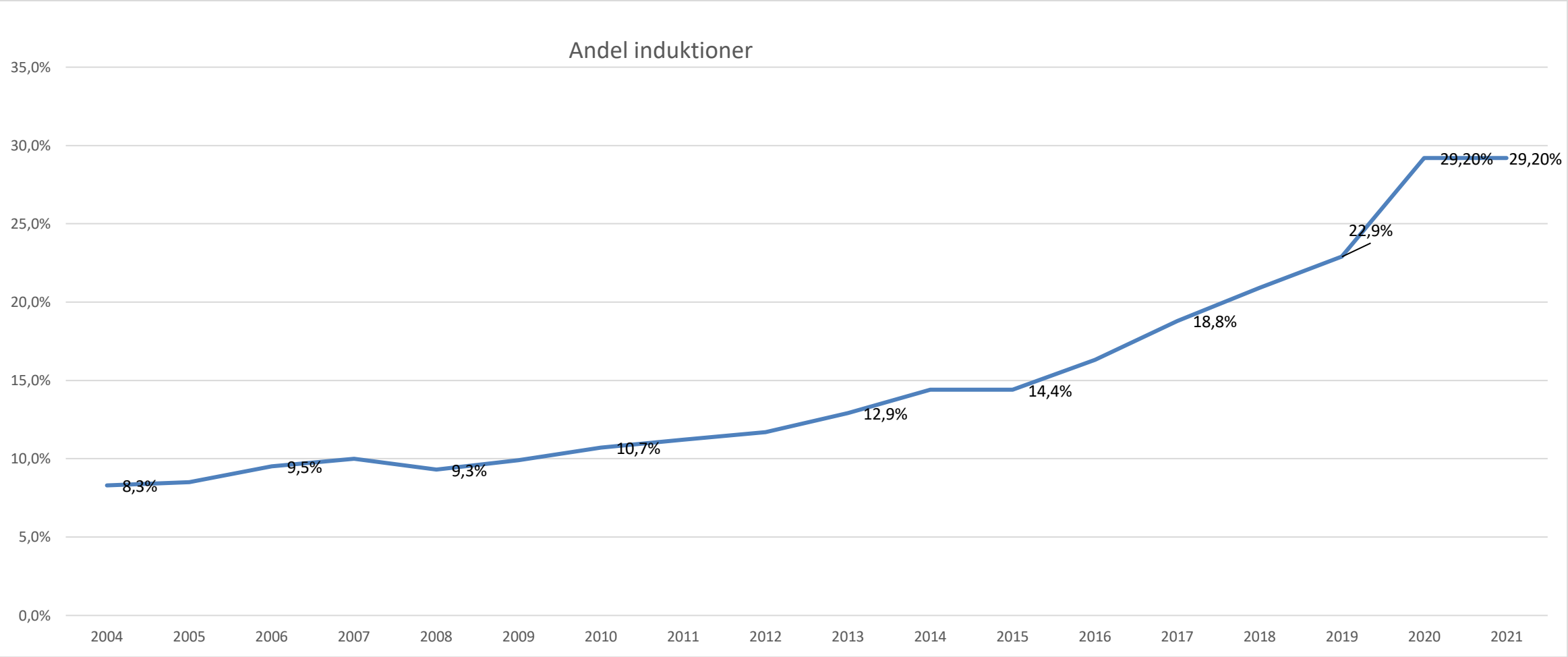
Lena Otterlind läkare, Linda Rilby barnmorska, Sahlgrenska hospital, Sweden

Jäv

- Föreläsningen hålls i samarbete med Norgine AB

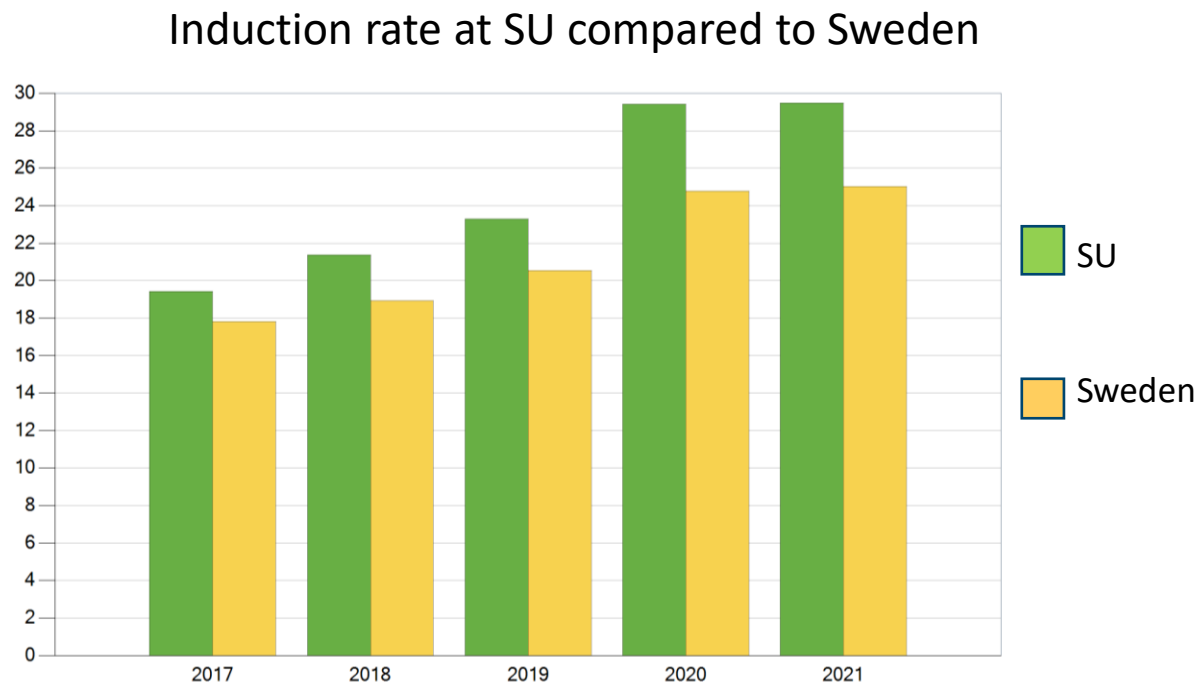
Linda Rilby barnmorska, Lena Otterlind läkare, Sahlgrenska hospital, Sweden
Industrisponsrat symposium - Norgine: Teamarbetet Barnmorska & Obstetriker vid igångsättning av förlossning.
SFOG-veckan 31 augusti 2022

Induktioner över tid



Statistik riket jämfört med Sahlgrenska

- 107 420 födslar i Sverige 2021
- 28 298 var induktioner, 26,3 %
- 10 320 födslar i Göteborg, SU
- 3043 var induktioner, 29,3%



När rekommenderas induktioner i Göteborg

- Preeklampsi - 37+0 gv
- Typ 1 diabetes eller medicinskt behandlad diabetes 40+0 gv
- Graviditets hypertoni 40+0 gv
- Duplex 37+0-38+0, MCMA före 34+0 gv
- Friska normala , 41+0-42+0 gw, nationell rekommendation är att barnet ska vara fött före 42+0.

- PROM, 0-para avvaktande handläggning i 72 timmar. Vaginalt förlösta 1-para avvaktande handläggning i 24 timmar.
- P-PROM, avvaktande handläggning till 37+0 gv

Syfte med induktioner

- Minska risken för komplikationer
- Reducera risk för IUFD
- Minska risken för förlossningskomplikation
- Förbättra tillstånd hos moder
- Bota tillstånd hos modern

Risker med induktioner

- Värksvaghet / misslyckad induktion
- Överstimulering
- Ökad andel sectio
- Ökat andel interventioner
- Längre vårdtider, dubbelt så lång hos förstföderskor, tre gånger hos omföderskor
- Högre vårdkostnad
- Undanträngningseffekter
- Motsättningar i arbetsgruppen

Teamarbete barnmorska-läkare

- Beslutet att inducera görs av en läkare, bra att ha klara riktlinjer
- Återhållsamhet med humanitära induktioner
- Beslutet om induktionsmetod baseras på riktlinjer och patientens önskemål
- Ofta kan barnmorskan starta upp en induktion baserat på sjukhusets riktlinjer

Induktionsenheten i Göteborg

- Tidbokade induktioner alla dagar, dagtid, 5-10 st
  - För de där beslut om induktion är fattat
- Separat mottagning dit patienter kommer för att besluta om och när induktionen ska startas, prolongerad graviditet
- Induktioner startas upp och när det är dags för amniotomi eller oxytocin infusion flyttas patienten till förlossningen.

Bemanning på induktionsenheten

- 1-3 Barnmorskor som har hand om uppstart av beslutad induktion, varav en är knuten till OPTION, induktionsstudien
- 1 Läkare, prioriterar vid högbelastning, omvärderar beslut, lägeskontroller, lägger och lär ut ballonginläggning

Olika alternativ för bedömning efter v 41

- Obstetriker som gör kontroll i v 41+0: Information, cx-bedömning, ultraljud
- Barnmorskor som gör kontroll i v 41+0: Information, CTG, cx-bedömning
- Förstföderskor bokas 41+2 och omföderskor bokas 41+5 direkt från BMM och ger information

Information till gravida om induktionsmetoder

- Alla patienter har rätt till information och kunna välja behandling om det finns två olika med samma förväntade utfall.
- Alla patienter kan avstå men inte kräva en viss vård.
- Vid alla induktioner ska för och nackdelar med att inducera jmfr med att vänta diskuteras med kvinnan och vid beslut skall hänsyn tas till hur graviditeten varit, vad kvinnan har för önskemål och vad vi rekommenderar

Induktion hur?

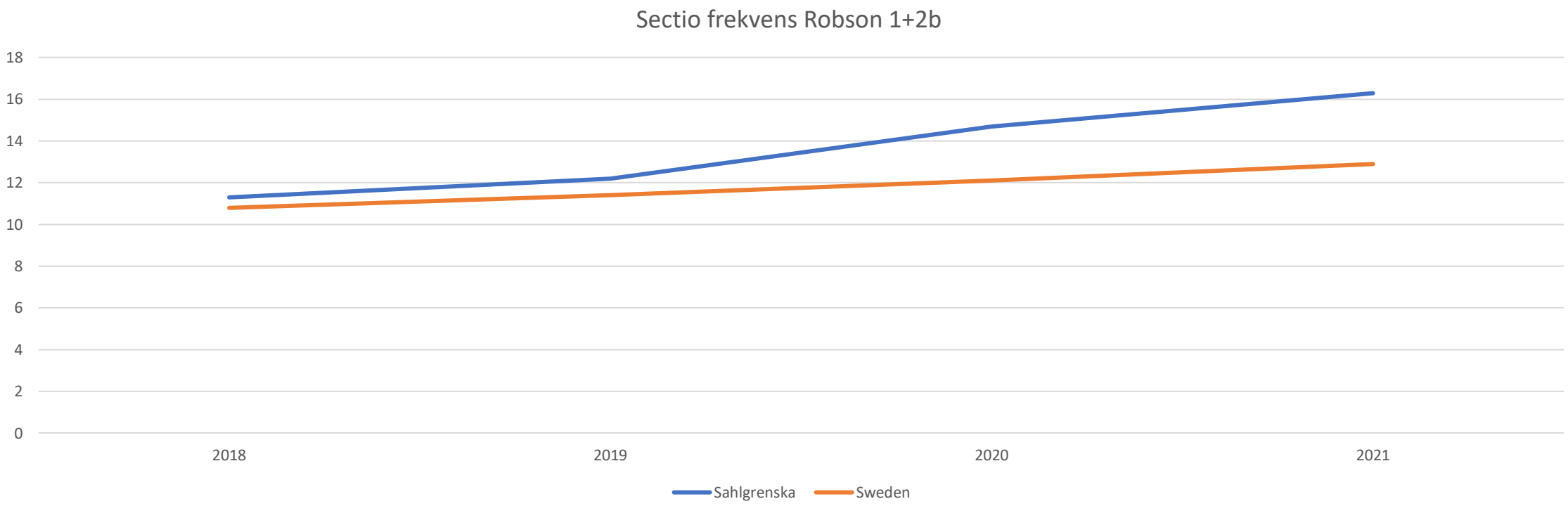
Poäng	0	1	2
Öppningsgrad	≤ 0,5 cm	< 0,5 cm- ≤ 1,5 cm	> 1,5 cm
Utplåning	Ingen	≤ 50 %	> 50%
Konsistens	Fast	Medium	Mjuk
Position	Sakralriktad	Mediumriktad	Framåtriktad
Station föregående fosterdel	Ovan/vid bäckeningången	Ovan spinae	Vid/nedom spinae

- Mycket omogen cervixstatus högre andel kejsarsnitt hos både först och omföderskor
- Störst relevans för utfallet har öppningsgrad, utplåningsgrad och station
- Cervix är mogen om BS ≥ 6, hos omföderska kan ≥ 5 accepteras

Metoder

- Vid omoget cervixstatus mekanisk- eller medicinskmetod för utmognad
  - Effekten likartad vad gäller lyckad induktion och tid till förlossning, något bättre effekt vid medicinsk metod enligt senaste cochrane
  - I delarbete i SWEPI kortare tid till förlossning vid induktion med ballong oavsett FF/OMF och BS
  - Större risk för överstimulering vid medicinsk metod
- Vid moget cervixstatus amniotomi följt i de flesta fall av oxytocindropp

Sectio frekvens för förstföderskor



OPTION

- Vi vill undersöka upplevelsen, det kliniska utfallet dvs. konsekvenser för mor och barn och de hälsoekonomiska aspekterna av att efter noggrann kontroll på sjukhuset få en ballong eller prostaglandin för utmognad av livmodertappen och därefter gå hem i väntan på att värkarbetet startar eller vattenavgång.

- Denna studie bedrivs som en multicenterstudie över hela Sverige där merparten av förlossningsklinikerna deltar och den koordineras via SNAKS, svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom obstetrik och gynekologi.

Tack för oss!

Linda Rilby barnmorska, Lena Otterlind läkare, Sahlgrenska hospital, Sweden