



[ID-nr]	Ristimulering under fødsel	
1. Definisjon	Andel førstegangsfødende (Robson 1) og flergangsfødende (Robson 3) som er medikamentelt ristimulert under aktiv fødsel	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet	Trygge og sikre	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde	Pasientsikkerhet	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	November 2016, Saksnr i 360 – 13/10391	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0 – november 2016 etablert som ny kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Hos en tredel av alle fødende vurderes fødselen til å gå for langsomt (1). Årsaker til langsom framgang i fødselen kan være at fødselskanalen er trang i forhold til fosteret (mekanisk misforhold), at fosteret er i en mindre gunstig posisjon (f.eks. med bakhodet mot mors rygg,) eller at riene er korte, svake og ikke effektive nok. Dersom mor er redd eller engstelig, kan det også gjøre at fødselen går langsommere (2). Epiduralbedøvelse fører til litt lengre fødselsvarighet og til at riene oftere blir stimulert (3). Det finnes ikke god dokumentasjon på hvor lenge en fødsel kan vare, eller faglig enighet om hva som er langsom framgang (4, 5). På befolkningsnivå er langvarig fødsel forbundet med komplikasjoner som etterbyrdsblødning, infeksjoner og lave Apgarscore hos barnet (6, 7). Langsom framgang i fødselen er en av de vanligste årsakene til keisersnitt (8, 9). Det er stor biologisk variasjon i fødselsvarighet, og for noen kvinner kan langvarig fødsel være normalt og ikke forbundet med uønsket utfall (10).</p> <p>Det er nyttig med en indikator som setter fokus på fødselsvarighet og stimulering av fødsel. Antakelig brukes medikamentell ristimulering for ofte, og en har nok ofte urealistiske forventninger til hvor kort tid førstegangsfødende bruker på fødselen.</p>	
12. Målsetning	Redusere uønsket variasjon.	
	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus og får vurdert alle kvalitetsindikatorerne under ett innen fødselsområdet
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørge for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt. omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	8.2. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet, og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
14. Begrepsavklaringer	<p>Førstegangsfødende (Robson gruppe 1): Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥37 uker med spontan fødselsstart.</p> <p>Flergangsfødende (Robsongruppe 3): Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥37 uker med spontan</p>	

	<p>fødselsstart.</p> <p>Robsons 10 grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker med spontan fødselsstart. 2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker med induisert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart. 3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker med spontan fødselsstart. 4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker med induisert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart. 5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker 6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie 7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie 8. Alle med flerlinger 9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie 10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie <p>Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson</p> <p>Medikamentell ristimulering:</p> <p>Dersom årsaken til den langsomme framgangen er at riene ikke er gode nok, vil fødselshjelperne vanligvis først vurdere om mor trenger å spise og drikke for å få mer energi og om hun trenger ro og trygghet omkring seg for å kunne konsentrere seg om fødselsarbeidet (5, 11). Deretter vil de vurdere å rive hull på fosterhinnene («ta vannet») dersom de fremdeles er intakte. Dette fører vanligvis til kraftigere rier. Deretter vil de vurdere å stimulere fødselsriene ved hjelp av syntetisk oksytocin. Medikamentet blandes ut med fysiologisk salt- eller sukkeroppløsning og gis som intravenøs infusjon. Medikamentet har vært i bruk i over 40 år, og ble innført for å forebygge keisersnitt og operative vaginale forløsninger (12). En systematisk oversikt viser at ristimulering med oksytocin fører til kortere fødselsforløp, men det reduserer ikke andelen keisersnitt eller operative vaginale forløsninger (12). Oksytocinstimulering kan være farlig dersom midlet brukes uriktig eller overdoseres. Det kan føre til for kraftige og hyppige rier, som igjen kan gjøre at fosteret får surstoffmangel (13). Dersom kvinnen får oksytocininfusjon, skal hun overvåkes ved hjelp av kontinuerlig CTG-overvåking. Omkring halvparten av alle førstegangsfødende og en femtedel av alle flergangsfødende i Norge blir stimulert med oksytocin for at fødselen skal gå raskere (14-17). En nyere studie fra en norsk kvinneklinikk fant at mange kvinner ble stimulert med oksytocin, selv om de ikke oppfylte kriteriene for langsom framgang (17).</p>
Beregning	
15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1: Alle førstegangsfødende i Robson gruppe 1 som er medikamentelt ristimulert Måltall 2: Alle flergangsfødende i Robson gruppe 3 som er medikamentelt ristimulert
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Måltall 1: Alle fødende i Robson gruppe 1 Måltall 2: Alle fødende i Robson gruppe 3
17. Hovedmåltall	Måltall 1: Andel førstegangsfødende (Robson 1) som er medikamentelt ristimulert Måltall 2: Andel flergangsfødende (Robson 3) som er medikamentelt ristimulert
18. Andre måltall	Måltall 3: Antall førstegangsfødende i Robson gruppe 1 som er medikamentelt ristimulert (=teller måltall 1) Måltall 4: Antall flergangsfødende i Robson gruppe 3 som er medikamentelt ristimulert (=teller måltall 2)
19. Presiseringer rundt utvalg	Ingen
20. Manglende rapportering	Neglisjerbart for dette utvalget.
21. Teknisk beregning av indikator	Se punkt 15-18.
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter. Variabelnavn: leie, induksjon, inngrep.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet
25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløbige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.

26. Type datakilde og lovhjemmel	Elektronisk medling til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) (18)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende gjennom året.
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer: <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalssystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet Det er ofte en kombinasjon av flere av disse.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivå: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på risikovurdering etter gitte kriterier (19). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødselsinstitusjonene, og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Keisersnitt • Tilstand hos nyfødt barn • Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner • Forekomst av fødselsrifter • Dødfødte barn • Dødlighet i nyfødtperioden • Igangsetting av fødsel Sammenhengen mellom disse må tolkes med forsiktighet.
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Ikke vurdert enda.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medisinsk fødselsregister: Tabell F9a/I3: Komplikasjoner under fødselen [Internet]. 2016 [cited 01.10.2016] 2. Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook : early interventions to prevent and treat dystocia. 3rd ed. ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. 3. Anim-Somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. The Cochrane database of systematic reviews. 2011;12:CD000331. 4. Blix E, Kumle M, Øian P. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? [What is the duration of normal labour?]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2008;128(6):686-9. 5. Eggebø TM, Rossen J, Ellingsen L, Heide HC, Muneer S, Westad S. Stimulering av rier. In: Øian P, Jacobsen AF, Kessler J, editors. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2014. 6. Rossen J, Okland I, Nilsen OB, Eggebo TM. Is there an increase of postpartum hemorrhage, and is severe hemorrhage associated with more frequent use of obstetric interventions? Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(10):1248-55. 7. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? AmJ Obstet Gynecol. 2004;191(3):933-8. 8. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. "Active Labor" Duration and

	<p>Dilation Rates Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset: A Systematic Review. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i>. 2010;55(4):308-18.</p> <p>9. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. <i>Am J Obstet Gynecol</i>. 2003;188(4):864-70.</p> <p>10. National Institute of Health and Care Excellence. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014.</p> <p>11. Blix E. Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. <i>Midwifery</i>. 2011;27(5):687-92.</p> <p>12. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>. 2013;6:CD007123.</p> <p>13. Berglund S, Pettersson H, Cnattingius S, Grunewald C. How often is a low Apgar score the result of substandard care during labour? <i>Bjog</i>. 2010;117(8):968-78.</p> <p>14. Blix E, Pettersen SH, Eriksen H, Royset B, Pedersen EH, Oian P. Bruk av oksytocin som ristimulerende medikament etter spontan fødselsstart [Use of oxytocin augmentation after spontaneous onset of labor]. <i>Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række</i>. 2002;122(14):1359-62.</p> <p>15. Moen MS, Holmen M, Tollefsrud S, Rolland R. Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk - hvordan føder de? <i>Tidsskr Nor Lægeforen</i>. 2005;125(19):2635-7.</p> <p>16. Lindtjørn E. Færre komplikasjoner uten oksytocin. <i>Jordmora</i>. 2013(1):14-7.</p> <p>17. Bernitz S, Oian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. <i>Midwifery</i>. 2014;30(3):364-70.</p> <p>18. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften)</p> <p>https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483</p> <p>19. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010.</p>
--	--