

Den latente fase af fødslen – håndtering

Forfattere

Navn	Stilling	Arbejdssted
Mette Backhausen	Jordemoder, klinisk jordemor supervisor	Roskilde
Maria Birkvad Rasmussen	Obstetriker, kursist	Roskilde/Hvidovre
Margit Fischer	Obstetriker, prækursist	Hvidovre
Julie Glavind	Obstetriker, afdelingslæge	Skejby
Tine Greve (tovholder)	Obstetriker, afdelingslæge	Hvidovre
Tove Grue	Jordemoder, klinisk jordemor supervisor	Slagelse
Mette Kabell Hansen	Jordemoder, cand.scient.san	Hvidovre
Mette Høj Lauridsen	Pædiater	Skejby
Jennifer Lindberg	Obstetriker, kursist	Ålborg
Diana Riknagel	Jordemoder, ph.d.	Viborg
Marie Cathrine Schmidt	Obstetriker, afdelingslæge	Skejby
Anne-Mette Schroll (tovholder)	Jordemoder, Jordemoderforeningen	Jordemoderforeningen
Bjørg Simonsen	Jordemoder, klinisk jordemoder supervisor	Hvidovre
Mie de Wolff	Jordemoder, ph.d.-studerende	Rigshospitalet/Københavns Universitet

Korrespondance

[Tine Greve, Hvidovre email:tinegreve@gmail.com](mailto:tinegreve@gmail.com)

Status

Første udkast:17.12.2018

Diskuteret af Sandbjerg dato: 19.01.2019

Korrigeret udkast dato:20.12.19

Endelig guideline dato:17.01.20

Guideline skal revideres seneste dato:

Eksternt review:

Guideline gennemgået af Sidsel Boie & Eva Ostenfeld forud for plenumgennemgang på guidelinemødet 19.01.2019

Kodning:

Kode	Kodetekst	Kriterier og anvendelser
DO630A	Fødsel med forlænget latensfase	Som indikation for indgreb eller indlæggelse
EZWA07 (+) mm-tt-dd-mm-yyyy (Koden sættes retrospektivt, dvs. efter fødsel)	Start på veer (og dermed start på latensfase)	Latensfasen starter, når kvinden oplever smertefulde kontraktioner, der forventes at føre til fødsel. Kontraktionerne kan være regelmæssige, såvel som uregelmæssige.
EZWA08 (+) mm-tt-dd-mm-yyyy	Start på aktiv fase	Aktiv fase starter, når jordemoderen/obstetrikeren skønner dette, ud fra en klinisk undersøgelse, når kvinden er 4-6 cm dilateret (både nullipara og multipara).

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse

Forfattere	1
Korrespondance.....	2
Anbefalingens styrke – som formuleret af Sundhedsstyrelsen	6
Resume af kliniske rekommandationer	7
Afgræsning af emnet.....	12
Hvornår er latensfasen forlænget, og hvor hyppigt forekommer det?	12
Kan man forudsige, hvilke kvinder der vil opleve forlænget latensfase?.....	13
Er en lang latensfase associeret til obstetriske komplikationer?	15
Kvindernes oplevelse af latensfasen	17
PICO 1 Er der effekt af at tilbyde kvinderne fødselsforberedelse for lindring i fødselens latente fase?.....	21
PICO 2A: Steriltvandspapler	28
PICO 2: Er der effekt af at tilbyde kvinderne ikke-farmakologiske metoder til smertelindring i den latente fase af fødslen?	28
PICO 2B: Massage, varme omslag og zoneterapi.....	30
PICO 2C: Forskellige afslapningsteknikker (inklusive yoga, musik og mindfulness)	35
PICO 2D: Akupunktur og akupressur	39
PICO 2E: Badekar/fødekar	41
PICO 2F: Transcutan Elektrisk Nerve Stimulation (TENS) versus standard care	44
PICO 3A Er der effekt af at tilbyde kvinder smertelindring i form af epidural i den latente fase.....	46
PICO 3 Er der effekt af at tilbyde kvinderne farmakologisk lindrende intervention i latensfasen	46

Den latente fase af fødslen

PICO 3 B Er der effekt af at tilbyde farmakologisk lindring (fraset epidural) i den latente fase, set ud fra kvindens perspektiv?	50
PICO 3 C Er der effekt af at tilbyde farmakologisk lindring (fraset epidural) i den latente fase, set ud fra barnets perspektiv?	55
PICO 4 Er der effekt af at tilbyde gravide induktion frem for at afvente spontan fremgang i den latente fase?	61
Anbefaling	64
PICO 5 Er der effekt af at tilbyde kvinderne induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling i latensfasen?	64
Referenceliste	69
Baggrund	69
PICO 1	71
PICO 2	71
PICO 2F	72
PICO 3A	72
PICO 3B	73
PICO 3C	73
PICO 4	74
PICO 5	74
Appendiks 1: COI for forfattere og reviewere	75
Appendiks 2: Søgeprofiler	75
Søgeprofil PICO 1	75
Søgeprofil PICO 2	77

Den latente fase af fødslen

Søgeprofil PICO 3A	78
Søgeprofil PICO 3B	79
Søgeprofil PICO 4.....	80
Søgeprofil PICO 5.....	80



Om evidensgraderingen

Anbefalingens styrke – som formuleret af Sundhedsstyrelsen

Stærk anbefaling for ↑↑: Arbejdsgruppen giver en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑: Arbejdsgruppen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Svag/betinget anbefaling imod ↓: Arbejdsgruppen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Stærk anbefaling imod ↓↓: Arbejdsgruppen giver en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis: God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens.

Resume af kliniske rekommandationer

– læs ovenstående definition fra sundhedsstyrelsen af svag anbefaling og god klinisk praksis før du læser nedenstående

Fødselsforberedelse, anbefaling

Der er en svag anbefaling for fødselsforberedelse som lindring og forebyggelse af forlænget latensfase.

Steriltvandspapler, anbefaling

Det er god praksis at tilbyde den fødende steriltvandspapler.

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for brugen af steriltvandspapler som smertelindring i den latente fase. I den aktive del af fødslen er det vist, at brugen af steriltvandspapler nedsætter smerterne med 50-60%. Der er endvidere ikke fundet skadelig virkning for mor eller barn, foruden de smerter kvinden påføres ved injektionen af det sterile vand.

Massage og varme omslag, anbefaling

Det er god praksis at tilbyde/opfordre den fødende til at benytte massage og varme omslag.

Information til kvinden

Massage er ikke en farmakologisk intervention, og kan have betydning for at nedsætte smerteoplevelsen. Massage og varme omslag kan, trods svag evidens, have betydning for at nedsætte smerteoplevelsen under fødslen, samt have betydning for kvindens følelse af kontrol og for hendes fødselsoplevelse.

Afslapningsteknikker, anbefaling

Det er god praksis at anbefale den fødende kvinde at benytte forskellige afslapningsteknikker.

Information til kvinden

Forskellige teknikker til at afslappe kroppens muskler er ikke en farmakologisk intervention og er vist i videnskabelige studier at nedsætte smerteintensiteten i den latente fase og kan have betydning for at nedsætte smerteoplevelsen.

Den latente fase af fødslen

Akupunktur eller akupressur, anbefaling

Det er god praksis at tilbyde den fødende kvinde akupunktur eller akupressur, såfremt dette tilbud udgør en fast bestanddel af fødestedets generelle tilbud.

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for brugen af akupunktur eller akupressur som smertelindrende behandling i den latente fase. Nogle studier antyder dog, at der overordnet kan ses en positiv effekt på smertehåndteringen og -oplevelsen under fødslen samt på hele fødselsoplevelsen.

Badekar/fødekar, anbefaling

Der er svag anbefaling for at tilbyde smertelindrende behandling med badekar/fødekar i fødselens latente fase.

Information til kvinden

Ophold i badekar/fødekar i løbet af udvidelsesfasen (op til 10 cm) kan virke smertelindrende, reducerer måske behovet for epidural bedøvelse og er ikke vist at have effekt på fødselsmåde eller risiko for instrumentel forløsning.

TENS, anbefaling

Det er god praksis at lade den fødende kvinde afgøre, om hun ønsker at benytte TENS i fødselens latente fase, såfremt dette tilbud udgør en fast bestanddel af fødestedets generelle tilbud.

Information til kvinden

Der er ikke fra videnskabelige studier fundet dokumentation for effekten af den smertelindrende behandling ved TENS i den latente fase. Der er ikke beskrevet bivirkninger hos barnet af behandlingen, men der kan teoretisk set være en påvirkning af barnet, vi ikke kender til.

Den latente fase af fødslen

Epidural, anbefaling

Der er stærk anbefaling for at imødekomme kvinder, der udtrykker ønske om smertelindring i form af epidural under den latente fase, såfremt anden smertelindring ikke vurderes sufficient.

Information til kvinden

Der foreligger ingen studier der sammenligner brug af epidural under den latente fase med ingen epidural. Kvinden skal oplyses om bivirkninger og risici ved epidural generelt, men også at der er evidens for at *tidlig* epidural sammenlignet med *sen* epidural IKKE øger frekvensen af sectio, instrumentel forløsning eller hyppigheden af dårlige neonatale outcome. Der er ej heller evidens for, at fødslen forlænges ved brug af *tidlig* epidural i forhold til *sen* epidural.

Farmakologisk smertelindring, anbefaling

Det er god praksis at tale med kvinderne om farmakologisk smertelindring i den latente fase. Hvis farmakologisk smertelindring ud over paracetamol anvendes, bør man primært vælge præparater med kort halveringstid og i lav dosering. Den sløvende effekt af morfika og benzodiazepin forstærkes, når præparaterne gives samtidig.

Information til kvinden

Kvinden skal oplyses om den smertestillende effekt samt bivirkninger ved lægemidlerne generelt blandt andet kvalme ved morfika hos kvinden samt sløvende effekt og evt respirationshæmning hos nyfødte ved brug af morfika og benzodiazepin. Morfika og benzodiazepiner anbefales ikke til spædbørn og koncentrationen i navlesnorsblod er det samme som i mors blod. Virkningsvarigheden kan være længere i det nyfødte barn end hos voksne.

Den latente fase af fødslen

Tilkald af børnelæge, anbefaling

Det er god praksis, at advisere en børnelæge, såfremt barnet fødes mindre 4 timer efter kvinden har fået morfica og/eller benzodiazepin.

Det er god praksis, at hvis der tilkaldes en børnelæge (uanset årsag til dette) og kvinden har fået farmakologisk lindring ud over paracetamol i latensfasen at informere børnelægen om midler, dosis og tidspunkt.

Induktion eller afventning, anbefaling

Det er god praksis at foretage en individuel vurdering af det enkelte fødselsforløb forud for beslutning om den videre håndtering af latensfasen (induktion/afventning).

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for hverken at inducere eller afvente spontant forløb, når kvinden henvender sig i den latente fase af fødslen, men at kvinder som opholder sig hjemme i latensfasen har større sandsynlighed for fødsel uden indgreb.

Induktion eller non-farmakologisk/farmakologisk smertelindring, anbefaling

Det er god praksis at foretage en individuel vurdering af det enkelte fødselsforløb forud for beslutning om den videre håndtering af fødslen, når kvinden henvender sig i fødsels latente fase.

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation hverken for eller imod induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling. Ved behandling med farmakologisk smertelindring, bør kvinden informeres om bivirkninger herved.

Den latente fase af fødslen

Forkortelser:

FF fødselsforberedelse

PCA Patient Controlled Analgesia

SMD Standard Mean Difference

Baggrund

Afgræsning af emnet

Populationen afgrænses til raske kvinder, som henvender sig med smertefulde kontraktioner til termin (37+0 til 41+6), ikke har vandafgang, ikke har tidligere kejsersnit, er singleton gravide med et raskt barn og som ikke vurderes i aktiv fødsel.

Hvornår er latensfasen forlænget, og hvor hyppigt forekommer det?

Fødslen er traditionelt blevet delt op i stadier. Fødsdens første stadie (fra fødsdens start til orificium 10 cm) er blevet delt op i den latente og aktive fase. I videnskabelige artikler er der ikke konsensus om hvornår fødslen og derved latensfasen starter. Nogle beskriver smertefulde kontraktioner som fører til dilatation af orificium og/eller afkortning af cervix og nogle baserer starten på kvindens oplevelse af smertefulde kontraktioner, selvom hun ikke er blevet undersøgt. Et systematisk review har beskrevet, hvordan fødsdens faser var defineret i videnskabelige studier. Blandt de 13 studier, der definerede starten af den latente fase, indeholdt definitionen altid regelmæssige, smertefulde kontraktioner (100%), ofte graden af orificiums dilatation (79% af studierne og oftest dilatation <4 cm) samt i mindre omfang graden af cervikal afkortning (23%). Treogtredive studier definerede starten på den aktive fase (og dermed afslutningen af den latente fase). Definitioner indeholdt graden af orificiums dilatation, afkortning af cervix og/eller regelmæssige veer (forskellige definitioner ift. varighed og hyppighed). Studier, som inkluderede orificiums dilatation, havde ikke ens definition (over eller lig med 2; 3-4, over eller lige med 4 ELLER det tidspunkt i fødslen hvor orificium begyndte at udvide sig mere 1 cm i timen) (1).

Kvinderne oplever, modsat professionelle, ikke fødslen som bestående af stadier og faser (2) og deres opfattelse af, hvornår de skal henvende sig til fødestedet, afhænger af deres tillærte viden om fødslen (3) og formentlig i høj grad deres anamnese og de ressourcer, de går ind til fødslen med. I NICE guidelines defineres den latente fase af fødslen som *“a period of time, not necessarily continuous, when there are painful contractions and there is some cervical change, including cervical effacement and dilatation up to 4 cm”* (4).

Den latente fase af fødslen

Når varigheden af en fødsel og den latente fase rapporteres, vil fordelingen i den valgte population samt definitionen på fødsels start og overgang til den aktive fase, være afgørende for hvornår den latente fase af en fødsel defineres som forlænget. Friedman publicerede i 1960'erne sine observationer omkring fødsels varighed hos 500 førstegangsfødende og 500 flergangsfødende og på denne baggrund er en forlænget latensfase traditionelt blevet defineret som hhv. ≥ 20 timer hos første- og ≥ 14 timer hos flergangsfødende sv.t. til +2SD (95% percentilen) (5). Disse data blev genfundet i 1984 i en ung amerikansk population (median alder på fødende 19 år), som henvendte sig med orificium mindre end 5 cm (6). Videre fandt et nordisk studie lignende resultater hos kvinder, hvis fødsel startede hjemme (7) sv.t. ≥ 18 timer hos første- og ≥ 12 timer hos flergangsfødende (sv.t. 90% percentilen). I dette studie er det kvinderne der oplyser fødslen start, mens der ikke er en klar definition af overgangen til aktiv fødsel. Et nyt svensk studie, inkluderende kvinder med lav risiko for komplikationer, finder en forlænget latensfase (≥ 18 timer) hos hhv. 29% af førstegangsfødende og 17% af flergangsfødende (8). Her defineres latensfasen som smertefulde regelmæssige eller uregelmæssige kontraktioner uden afbrydelse i mere end 18 timer og orificium mindre end 4 cm.

På baggrund af den manglende konsensus i litteraturen, finder vi det i arbejdsgruppen ikke rimeligt at definere, hvornår latensfasen er forlænget. Når der i det følgende nævnes en forlænget latensfase, sker det med henvisning til de studier, der opererer med begrebet 'forlænget latensfase' og den her fastsatte definition for latensfasens start, afslutning, samt varighed

Kan man forudsige, hvilke kvinder der vil opleve forlænget latensfase?

En struktureret litteratursøgning i PubMed (prolonged AND latent phase) resulterede i 143 hits. På baggrund af titel og abstracts fandt vi 22 relevante. Efter gennemlæsning var seks studier relevante og yderligere to blev føjet til ved en ustruktureret søgning. Vi ekskluderede derefter fire studier som ikke var udført i Europa, Nord-amerika og Australien/New Zealand. På baggrund af dette finder vi, at litteraturen, om hvilke faktorer der prædikerer en forlænget latensfase, er meget sparsom.

I litteraturen fandtes følgende risikofaktorer for forlænget latensfase: paritet, alder, BMI, barnets vægt, gestationsalder, mors alder, veaktivitet, etnicitet og fødeindtag under fødslen (7–10) (se tabel nedenfor). Nulliparitet er en signifikant prædiktor, der gentages i flere af studierne, hvorimod etnicitet og fødeindtag er svagere associeret til forlænget latensfase. I et nyere svensk studie, har man fundet at

Den latente fase af fødslen

alder, BMI og vurdering af risikofaktorer er associeret til en øget risiko for forlænget latensfase (8). Studiet vurderes at være af metodisk god kvalitet, fraset at de undersøger for mange faktorer og der derved er risiko for "an association by chance". På baggrund af litteraturen finder vi, at nulliparitet er den prædikator, der er stærkest associeret til en øget risiko for forlænget latensfase.

Table over studier, der rapporterer prædiktorer for en forlænget latensfase				
Studie	Ängeby 2018 [8]	Hildingsson 2015 [7]	Parsons 2006 [10]	Chelmow 1993 [9]
Lokalitet	Sverige	Island, Norge, Sverige, Danmark	Australien	San Fransisco
Cases/non-cases, n	309/1034	1612	82/94	713/10.266
Definition af forlænget latensfase	Smertefulde veer uden hvile i > 18 t og orificium < 4 cm. Baseret på kvindens oplevelse af vstart	Nullipara: latensfase > 18 t Multipara: latensfase > 12 t	N/A	Nullipara: latensfase > 12 t. Multipara: latensfase > 6 t
Prævalens af forlænget latensfase	23 %	N/A	N/A	6,5%
Resultater				
Paritet	Prævalensen af forlænget latensfase var 29,2% hos nullipara og 17% hos multipara (p<0.001)	Nullipara havde signifikant længere latensfase.	N/A	20.9% af kvinder med en forlænget latensfase var multipara vs. 54.8% af kvinder med en normal latensfase (p<0.05)
Alder	Multipara med alder < 25 havde oftere en forlænget latensfase, OR 2.0 (95% CI: 1.24-3.25) end multipara med alder > 25 år	N/A	N/A	N/S
BMI	Nullipara med BMI > 30 havde oftere en forlænget latensfase end nullipara med BMI < 30, OR 1.84 (95% CI: 1.01-3.34)	N/A	N/A	N/A
Gestationsalder	N/S	N/A	N/A	N/S
Utilstrækkelige veer	N/A	N/A	N/A	N/A

Den latente fase af fødslen

Risk assesment	Højrisiko nullipara havde oftere en forlænget latensfase end lavrisiko* nullipara, OR 1,45 (95% CI: 0,97-2,17)	N/A	N/A	N/A
Barnets fødselsvægt	N/A	N/A	N/A	Kvinder med en normal latensfase fik børn med lidt lavere fødselsvægt, end kvinder med en forlænget latensfase, hhv. 3462 g og 3514 g (p<0.05)
Etnicitet	N/A	Længere latensfase hos kvinder fra Island	N/A	N/A
Fast føde	N/A	N/A	Signifikant længere latensfase hos nullipara, der spiste under latensfasen.	N/A
* Lavrisiko: GA 37+0-41+6, hovedstilling, normal hjertelyd (110-150 bpm), spontant indsættende fødsel, ingen graviditets- eller fødselskomplikationer (tidligere eller aktuelle), ingen medicinske sygdomme og ingen sectio antea.				
N/S not significant, N/A not available				

Er en lang latensfase associeret til obstetriske komplikationer?

Forlænget latensfase er ikke veldefineret i litteraturen (8,9,11) og den manglende konsensus vanskeliggør sammenligning og tolkning af resultaterne fra de studier, der undersøger obstetriske indgreb og komplikationer hos kvinder med forlænget latensfase. Overordnet kan disse opdeles i 1) **maternelle** (hindsprægning, oxytocin, dystoci, smertestillende, scalp-pH/lactat, episiotomi, længde af aktiv fase +/- 12 timer, blødning +/- 1000 ml, bristning gr. 1-4) og 2) **neonatale** (morfika til mor, Apgar < 7 efter 5 min, NS-pH, neonatal genoplivning og indlæggelses på neonatalafdeling).

Et deskriptivt svensk studie omfattende 1343 raske fødende med et barn i hovedstilling, som gik spontant i fødsel til termin (ekskluderet var bla kvinden med primær vandafgang, fødselsangst, tidl kejsersnit og planlagt kejsersnit) fandt at prævalensen af forlænget latensfase var højere end tidligere antaget; 23% af alle fødsler (29% nullipara, 17% multipara). Latensfasens start defineredes ved selvrapporering fra kvinderne, mens afslutningen (overgangen til aktiv fase) blev fastsat ved opfyldelse af to ud af tre følgende kriterier; 3-4 kontraktioner/10 minutter, vandafgang, orificium 3-4 cm. Forlænget latensfase blev defineret som latensfase over 18 timer. Studiet

Den latente fase af fødslen

konkluderede, at kvinder med forlænget latensfase hyppigere havde obstetriske indgreb og komplikationer. Man fandt signifikant øget risiko for HSP, brug af morfin, forlænget aktiv fase ≥ 12 timer, anvendelse af oxytocin, instrumentel forløsning (multipara), sectio (alle fødende) og episiotomi (nullipara). Man fandt ingen signifikante forskelle på neonatale outcomes (8).

En sekundær analyse fra et randomiseret canadisk studie omfattende 1247 raske Robson gruppe 1 fødende fandt, at forlænget latensfase (defineret som kvindernes oplevelse af fødsel i mere end 24 timer før indlæggelse) gav øget risiko for sectio, tidlig indlæggelse med orificium < 3 cm, kontinuerlig overvågning, i.v væske, anvendelse af oxytocin, epidural, morfika og grønt fostervand. Der var ingen forskel i antallet af børn med Apgar $< 7/5$ min., brug for ilt til barnet eller indlæggelse på neonatalafdeling i gruppen af kvinder med latensfase > 24 sammenlignet med kvinder med latensfase < 24 (11).

Et amerikansk studie fra 1993 omfattende 10.979 raske Robson gruppe 1 og 3 fødende fandt, at kvinder med lang latensfase havde øget risiko for feber, epidural, grønt vand, langvarig vandafgang, sectio, behov for neonatal genoplivning samt Apgar $< 7/5$ min. Ved lang latensfasen var behandlingen *sedation* eller *augmentation*. Outcome er ikke opdelt på disse grupper, ligesom morfikaforbrug ikke er beskrevet. I studiet blev forlænget latensfase defineret ved varighed over hhv. 12 timer for nullipara og 6 timer for multipara. Latensfasens start blev defineret som kraftige, smertefulde, regelmæssige kontraktioner (selvrapportering fra kvinder) og afslutning ved hurtig dilatation af orificium/orificium = 4 cm. Prævalensen af forlænget latensfase var i studiepopulationen 6,5% (9).

Kvaliteten af studierne er varierende. Manglende konsensus omkring definitioner af både latensfasens start, og grænse for hvornår latensfasen defineres som "forlænget" gør vurderingen problematisk. Forskellene i prævalensen af forlænget latensfase er iøjnefaldende og kan formentlig tilskrives de divergerende definitioner. De ovenfor beskrevne studier undersøger forskellige behandlingstilbud og i forskellige tidsperioder, hvilket yderligere vanskeliggør vurdering og sammenligning af resultater.

De identificerede studier peger dog i retning af, at en forlænget latensfase øger risikoen for obstetriske indgreb og komplikationer; primært vestibulation (HSP og oxytocin) og fødselsmåde (oftere sectio end vacuum), mens der ikke er tilstrækkelige data til at opgøre neonatale outcomes. Et yderligere aspekt i vurderingen af, hvorvidt en forlænget latensfase prædikerer obstetriske indgreb/komplikationer er spørgsmålet om, hvornår kvinden indlægges. Deskriptive studier fra bl.a. Sverige, Italien og USA har vist, at kvinder der indlægges i

Den latente fase af fødslen

latensfasen oftere stimuleres med oxytocin og forløses ved sectio, sammenlignet med kvinder der indlægges i aktiv fødsel (12–14). Det er i denne sammenhæng ikke muligt at vurdere, om den øgede risiko bunder i selve indlæggelsen eller de evt. faktorer der ligger til grund for den tidlige indlæggelse.

Kvindernes oplevelse af latensfasen

Latensfasen er for mange fødende forbundet med usikkerhed og tvivl. Fra et sundhedsfagligt perspektiv ligger der en vigtig opgave i at allokere ressourcerne til de aktivt fødende, samtidig med at kvinder i latensfasen får den nødvendige støtte og vejledning samt at patologiske forløb identificeres.

Kvindes forståelse og viden om fødslen og dens stadier er influeret af kvindens baggrund og tidligere erfaringer. Flere studier har undersøgt kvinders opfattelse af latensfasen. Et New Zealandsk studie fra 2013 fandt via 18 individuelle dybdegående interviews, med både første og flergangsfødende, at kvinder ser egen fødsels begyndelse og progression som en kontinuerlig proces og ikke opdelt i faser. Flere af kvinderne var bekendte med opdelingen af fødslen i faser, men det blev betragtet som en uklar og abstrakt definition (15).

I et studie med raske nullipara, singleton gravide til termin (GA 37-41) blev 630 fødende randomiseret til telefonrådgivning eller hjemmebesøg af jordemoder i latensfasen. Kvinderne udfyldte efter fødslen *Early Labour Experience Questionnaire* (ELEQ), et spørgeskema som indeholdt 26 spørgsmål vurderet på 5-punkts skala. Samlet set var kvindernes oplevelse af latensfasen mest positiv i gruppen med hjemmebesøg. Især på punkter der evaluerede jordemoderen eller sygeplejerskens tid og informationsniveau, var kvinderne med hjemmebesøg mere tilfredse, hvorimod der ikke var forskel på hvor trygge eller usikre kvinderne var i de to grupper (16).

En metaanalyse fra 2015 af 11 artikler fandt bl.a., at kvindernes forventninger til fødsels start ikke korresponderede med deres oplevelse, hvilket gav usikkerhed. Kvinderne rapporterede, at teoretisk viden omkring fødsels forløb samt undersøgelse ved jordemoder under latensfasen gav tryghed og mere sikkerhed i at blive hjemme. Smerte var den hyppigste årsag til at komme på hospitalet. Mange kvinder beskrev, at det var svært for de pårørende at se dem i smerter, hvorfor de kom på hospitalet førend de selv havde behov. Kvinderne oplevede at være en bedre patient, når de kom senere ind, idet de ofte blev rost af personalet (17).

Den latente fase af fødslen

Et kvalitativt studie beskrev, hvordan kvinder oplever den latente fase. Atten kvinder blev interviewet i deres hjem 2-6 uger efter fødslen. Kvinderne havde deltaget i FF, hvor de var informeret om den latente fase, samt gode råd til at håndtere denne. Kvinderne følte, når de kom til hospitalet, at andre kunne overtage ansvaret for fødslen og det ufødte barn. Kvinderne ønskede ikke at tage hjem, dels af frygt for at føde hjemme og dels for at kunne føle sig i trygge hænder hos fagpersonalet. Det var vigtigt at blive mødt med empati og forståelse, samt at føle sig medinddraget i beslutninger. Der var en forventning om, at jordemoderen skulle hjælpe fødselsprocessen videre (jordemødre, som gjorde dette, blev beskrevet som hjælpsomme, de der ikke gjorde, som ufølsomme) og kvinderne havde især brug for at vide, om de var i fødsel og hvor langt de var (dilatation) (18).

Et systematisk review af 21 kvalitative studier (15 studier fokuserede på kvinders erfaringer) havde til formål at belyse bl.a. kvinders syn på og erfaringer med omsorgen i den tidlige fødsel. Resultaterne viste, at især førstegangsfødende ikke vidste, hvad de skulle forvente og derfor havde svært ved at forberede sig på fødselsens begyndelse. Et tema som ofte blev nævnt, var vigtigheden af tydelig kommunikation, særligt ved telefoniske henvendelser. Her var det afgørende, at jordemoderen var god til at kommunikere og viste interesse for kvinden. Kvinderne ønskede præcis vejledning og råd, der kunne få dem til at føle sig trygge og gøre beslutninger lettere at træffe. At blive hjemme var vigtigt for nogle, mens andre følte, at de skulle forhandle, inden de kunne få lov at komme til fødestedet. Travlhed blev beskrevet som en faktor, der ændrede kommunikationen. Kvinder, der blev vurderet til ikke at være i fødsel, ønskede ofte at forblive på fødestedet, men her følte de sig ofte ikke velkomne. Studiet konkluderer, at det er vigtigt at se på om en systematisk tilgang til at vurdere kvinder i latentfasen kan have et positivt udfald (19).

1. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, m.fl. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. december 2016 [henvist 6. december 2018];16(1). Tilgængelig hos: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0857-4>
2. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*. januar 2013;29(1):10–7.
3. Maimburg R, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process: Randomised trial of structured antenatal training sessions. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. juli 2010;117(8):921–8.

Den latente fase af fødslen

4. National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). Intrapartum care for healthy women and babies. [Internet]. 2014 [henvist 6. december 2018]. Tilgængelig hos: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
5. Friedman EA. Labor; clinical evaluation and management. First Edition. University of Michigan: Appleton-Century-Crofts; 1967.
6. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol.* november 1985;66(5):644–8.
7. Hildingsson I, Blix E, Hegaard H, Huitfeldt A, Ingversen K, Ólafsdóttir ÓÁ, m.fl. How Long Is a Normal Labor? Contemporary Patterns of Labor and Birth in a Low-Risk Sample of 1,612 Women from Four Nordic Countries. *Birth.* december 2015;42(4):346–53.
8. Ängeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojö A-K. Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population. *Journal of Midwifery & Women's Health.* januar 2018;63(1):33–44.
9. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol.* april 1993;81(4):486–91.
10. Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural Eating Behavior in Latent Labor and Its Effect on Outcomes in Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health.* januar 2006;51(1):e1–6.
11. Janssen PA, Weissinger S. Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. december 2014 [henvist 31. august 2018];14(1). Tilgængelig hos: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-182>
12. Lundgren I, Andrén K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare.* december 2013;4(4):141–6.
13. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth.* august 2018;31(4):313–8.
14. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health.* januar 2014;59(1):28–34.
15. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery.* januar 2013;29(1):10–7.

Den latente fase af fødslen

16. Janssen PA, Desmarais SL. Women's experience with early labour management at home vs. in hospital: a randomised controlled trial. *Midwifery*. marts 2013;29(3):190–4.
17. Eri TS, Bondas T, Gross MM, Janssen P, Green JM. A balancing act in an unknown territory: a metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*. marts 2015;31(3):e58-67.
18. Carlsson I-M, Hallberg LR-M, Odberg Pettersson K. Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: a grounded theory study. *Midwifery*. april 2009;25(2):172–80.
19. Beake S, Chang Y-S, Bick D. Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*. 2018.

Litteratur søgningsmetode:

Se appendiks.

Det blev besluttet ved gruppens start at begrænse litteratursøgningen til studier fra Europa, Australien/New Zealand og USA/Canada. Dette på baggrund af en formodning om store forskelle i håndteringen af den tidlige del af fødsel (økonomi, afstand til sygehus, uddannelse af personale, kultur etc.).

Emneopdelt gennemgang

PICO 1

Er der effekt af at tilbyde kvinderne fødselsforberedelse for lindring i fødslens latente fase?

P: Raske førstegangsfødende

I: Fødselsforberedelse

C: Standard care/ingen fødselsforberedelse

O: Latensfasens varighed, angst, smerter, behov for stimulation, behov for smertestillende, fødselsmåde.

Anbefaling

Der er en svag anbefaling for fødselsforberedelse som lindring og forebyggelse af forlænget latensfase.

Baggrund

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle gravide og deres partnere tilbydes fødselsforberedelse fra fødestedet (1). Denne skal blandt andet indeholde viden om fødslens faser, fysiologi og smertehåndteringsmuligheder. NICE guideline om behandling under fødslen af raske førstegangsfødende anbefaler, at kvinder modtager fødselsforberedelse, da det øger kvinden og hendes partners viden om fødslens faser, tegn på etableret fødsel, forskel på latent og aktiv fødsel, introduktion til smertemestring samt viden om vandafgang og måder at kontakte jordemødre på hospitalet ved behov herfor i den latente fase og ved behov for at blive tilset (2). På trods af anbefaling om fødselsforberedelse til alle kvinder er der mangel på evidens for effekten af fødselsforberedelse på fødslens latente fase, samt hvilken form og hvilket indhold fødselsforberedelsen optimalt skal bestå af (3).

Den latente fase af fødslen

Litteratur

Fire studier (4-7) og en international guideline (2) er identificeret gennem systematisk litteratursøgning.

Ingen af de identificerede studier besvarer direkte det fokuserede spørgsmål om, hvorvidt fødselsforberedelse har effekt på at lindre eller forebygge en forlænget latensfase. Tre studier undersøger om struktureret fødselsforberedelse i hospitalsregi kan øge antallet af kvinder, der ankommer til fødegangen i etableret aktiv fødsel. Dette mål kan afspejle, at kvinderne er bedre til selv at identificere tegn på aktiv fødsel og i højere grad har viden om og redskaber til, at håndtere den latente fødsel i hjemmet. Ligeledes adresseres effekt på bekymringsniveau og coping strategier, hvilket man må forvente er lindrende faktorer i latensfasen.

Efter hvilke principper er studierne udvalgt?

Studier, hvis primære formål det er at undersøge effekten af fødselsforberedelse på lindring i latensfase, prioriteredes. Dernæst søgtes studier, der behandlede effekten af fødselsforberedelse på den latente fase i en mere indirekte form.

Evidens

Overordnet betragtet findes meget lidt evidens, der adresserer forholdet mellem fødselsforberedelse og fødsels latente fase. Der foreligger en randomiseret undersøgelse (7), men derudover er der tale om observationelle studier med lav evidensgrad bag alle undersøgelser.

Der findes således ingen sikker evidens for effekten af fødselsforberedelse på varighed af fødsels latente fase eller grad af smerter, angst eller håndteringen heraf i latensfasen.

Kliniske rekommandationer

Gruppen finder det rimeligt at komme med en svag anbefaling for fødselsforberedelse, som lindring og forebyggelse af forlænget latensfase.




Den latente fase af fødslen

Dette begrundes med, at man uanset evidensgrad må betragte fødselsforberedelse som redskab til at øge kvindens og partnerens kendskab til den naturlige fødselsforløb, samt at optimere coping-strategier til at håndtere fødsels latente fase. Ligeledes tyder det på, at fødselsforberedelse der indeholder elementer af uddannelse om fødsels faser, kendetegn på latensfase og aktiv fødsel, samt smertemestring kan øge andelen af fødende kvinder, der ankommer til fødegangen i etableret aktiv fødsel. Dette kan ses som et udtryk for, at disse kvinder har oplevet en lindrende effekt af fødselsforberedelse på fødsels latente fase. Der er ikke beskrevet nogle negative effekter af fødselsforberedelse, der taler imod anvendelsen. Det vil således være op til den enkelte kliniker i samråd med kvinden og hendes partner at vurdere en evt. gavnlig effekt af tilbuddet afhængigt af dennes omstændigheder, ressourcer og præferencer. Ligeledes begrundes anbefalingen i, at fødselsforberedelse er et tilbud som ønskes og efterspørges af kvinder og deres partnere.

Grade Evidence table PICO 1

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	fødselsforberedelse	standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Dilatation ved ankomst til hospital (assessed with: > 3 cm ved ankomst til fødegangen)												
1	randomised trials ^a	serious ^{1, b}	not serious	not serious	not serious	none	587/1193 (49.2%)	575/1193 (48.2%)	OR 1.45 (1.26 to 1.65)	92 more per 1.000 (from 58 more to 124 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	IMPORTANT
Patienttilfredshed med fødselsforberedelse (assessed with: spørgeskema)												
1 2	observational studies	serious ^c	not serious	not serious	serious ^d	all plausible residual confounding would reduce the demonstrated effect	Tilfredshed blev målt med spørgeskema. Kvinder der modtog interventionen fandt i højere grad end kontrolgruppen FF-interventionen anvendelig i udvikling af copingstrategier til anvendelse ved fødslen (p 0.022), relevant (p0.023) og overordnet nyttig (p 0.033)				⊕○○○ VERY LOW	
Sectio												
1	randomised trials ^e	serious ^b	not serious	not serious	not serious	none	587/1193 (49.2%)	575/1193 (48.2%)	OR 0.91 (0.73 to 1.15)	23 fewer per 1.000 (from 35 more to 77 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	IMPORTANT
Aktiv fødsel ved ankomst til hospital (assessed with: ja/nej)												
1	observational studies ^{3, e}	very serious ³	serious ^f	not serious	very serious ^g	none	Ariata-Pinado et Al: Ankomst til fødegangen i aktiv fødsel var OR 1.30 (95% CI 0.56-3.06) for kvinder med FF sammellignet med dem der ikke havde deltaget og 0.85 (95% CI 0.44-1.64) for dem der havde deltaget i minimum 5/8 sessioner sammenlignet med ikke-deltagere)				⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
Anvendelse af mestringsstrategier												

Den latente fase af fødslen

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	fødselsforberedelse	standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
3	observational studies ^{2, d, h}	serious ^{1, c, i}	serious ^j	serious ^k	serious ^d	none	Maimburg et al: Ability to cope with fear on arrival (measured with the Delivery Fear Scale) Ingen forskel mellem gruppernes DFS score (ingen data vist) hverken på samlet score eller enkelte items. Escott et al: Data indhentet ved interviews med deltagere postpartum (72 timer) fra The Coping strategies Questionnaire: Oplevelse af fødselsens fist stage ift. smerte, positive og negative følelser og følelse af kontrol: ingen forskel mellem grupperne. Self-efficacy for coping with pain during labor: Ingen signifikant forskel mellem grupperne. Brug af coping strategier fra undervisningen under fødslen var signifikant højere i interventions gruppen (81.2% vs. 59.9% p 0.03). Involvering af partneren og jordemoderen under fødslen brugt som copingstrategi . Kvinder fra interventionsgruppen havde oftere deres partner involveret i brug af copingstrategier under fødslen end kontrolgruppen. (p.0.05). Kvinder i kontrolgr. blev oftere opfordret til at anvende lærte copingstrategier end interventionsgruppen. (p.0.031). Arieta-Pinado: Anxiety level ved ankomst til hospital (HAD- scale) som udtryk for bedre mestring i fødsels latente fase sås ved en analyse fordelt på nationalitet at de etnisk spanske kvinder der havde modtaget interventionen (94,3%) havde en lavere anxiety score (p 0.04) end kontrolgruppen. ^l		 VERY LOW		IMPORTANT	
fødselsoplevelse (assessed with: spørgeskemaer)												
2	observational studies ^m	serious ^c	not serious	not serious	not serious	all plausible residual confounding would reduce the demonstrated effect dose response gradient	Arieta- Pinado et al: Ingen signifikante forskelle i tilfredshed med fødselsoplevelsen mellem grupperne. Men en ikke-signifikant tendens til at kvinder der havde deltaget i FF var mere tilfredse med deres fødsel end kvinder der ikke havde deltaget. OR 1.27 (95% CI 0.31-5.14) og kvinder der havde deltaget i min. 5/8 sessioner: OR 1.90 (95% CI 0.65-5.57) Maimburg et. al: ingen forskel i fødselsoplevelsen mellem grupperne.		 MODERATE			
antal besøg på fødegangen før etableret aktiv fødsel (assessed with: mean difference)												
1	randomised trials ⁿ	serious ^o	not serious	not serious	serious ^p	none	104	104	-	SMD 0.29 SD lower (0.47 lower to 0.11 lower)	 LOW	IMPORTANT

Den latente fase af fødslen

CI: Confidence interval; OR: Odds ratio; SMD: Standardised mean difference

Uddybning

- a. Fødselsforberedelses interventionen bestod af 3 moduler af 3 timers varighed mellem 30 og 35 graviditetsuge. Partnere var også inviteret til at deltage. Undervisningen blev varetaget af 4 jordemødre med 4-dages træning i FF og med varierende erfaring som jordemødre. FF indeholdt information og diskussion af: tegn på fødselens start, fødselsprocessen, faderens rolle, smertelindring, fødselsindgreb, fødselsangst.
- b. Risk of bias: 1: mange i kontrolgruppen modtog FF uden for hospitalsregi (45%) sammenlignet med 4% i interventionsgruppen. 2: Uklart om outcome assessors var blindede til allokeringssgruppe.
- c. Escott et. al: Risk of bias: lavere gennemsnitsalder og højere paritet ved de ekskluderede. Erindringsbias ved selvrapporering. Lille sample (n=41), ingen sample size beregning. Interventionen dårligt beskrevet og svær at sammenligne med andre interventioner for virksomme elementer.
- d. lille sample size (n=41) og ingen sample-size beregning, hvilket giver risiko for upræcist resultat
- e. Ariata-Pinado: Prospektivt kohorte studie, 616 raske førstegangsfødende, forskellige hospitaler, jordemødre underviste i FF med fokus på øget coping ved fødslen.
- f. Ikke konsistens mellem Arieta-Pinado der ikke finder effekt af FF på ankomst til hospital i aktiv fødsel og Maimburg et al. der i et RCT finder effekt af FF på at ankomme til hospital med orif > 3 cm. (Det er ikke det samme som aktiv fødsel men kan sammenlignes med dette som et udtryk for progression).
- g. Pga. manglende redegørelser for primær outcome og hvordan det objektivt defineres, samt hvordan de der indlægges med andre diagnoser end aktiv fødsel håndteres, er der stor risiko for at resultaterne er upræcise.
- h. Maimburg et Al: RCT, Escott et. Al(2005) case-kontrol forsøgt delvis randomisering ved allokering af undervisningsmetode: Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method for preparation for labour. Interventionen fik ved personligt interview styrket egne mestringsstrategier til brug under fødslen ud over normal FF. Arieta-Pinado et Al. er et spansk prospektivt kohorte studie med 616 førstegangsfødende, lavrisiko kvinder.

Den latente fase af fødslen

- i. Ability to cope with fear on arrival (measured with the Delivery Fear Scale) response rate 718/1162 (56% for kontrolgruppen og 67% for interventionsgruppen). Forskel på responstrate mellem grupperne og lav overall response rate.
- j. Forskel i fund af coping strategier på tværs af de to studier. I Maimburg et. Al ses ingen forskel mellem grupper på mestring af angst ved ankomst, mens Escott et Al finder nogen effekt af visse mestringsstrategier. Der anvendes dog ikke samme måleinstrumenter eller præcise outcomes så det er uklart om de forskellige fund kan sammenlignes
- k. Outcome svarer ikke direkte på PICO 1 men man kan formode at øget copingstrategi kan være lindrende i latensfasen for kvinderne.
- l. Arieta-Pinado et al: measured using the Hospital Anxiety and Depression questionnaire (HAD) ved ankomst til hospitalet ved den jordemoder der modtog kvinden i fødsel.
- m. både RCT (Maimburg et Al) og observationelt studie (Arieta-Pinado) i dette outcome mål
- n. 245 førstegangsfødende der forstår engelsk, 95% af studiepopulationen var sorte amerikanske kvinder, flest ugifte, fra USA
Interventionen bestod af instruktioner givet af studiets forfatter som var sygeplejerske. Ved 37 uger i graviditeten interviewede studiets forfatter deltagerne om deres viden om fødselsens begyndelse og den viden de havde fra familie og venner diskuteredes. Forfatteren gav korrekt information når en deltager manglede viden og støttede den viden de allerede havde. Instruktionerne diskuteredes følgende ved ugentlige graviditets kontroller. Instruktionen indeholdt elementer af information om tegn på fødselsens start og tegn på aktiv fødsel, forskel på plukkeveer og fødselsveer, instruktion i at palpere fundus af uterus for at palpere og time veer. Interventionen sammenlignedes med routine instruction.
- o. Risk of bias: uklar beskrivelse af randomiseringsprocess hvor blinding to allocation concealment er udført med risiko for selektionsbias. 15 % lost to follow-up up. EtC: ingen sample size beregning på primær outcome. Mangler beskrivelse af routine instructions. Ikke stor forskel på tid anvendt på instruktion i intervention (Mean 12.59 minutter) sammenlignet med kontrolgruppen (Mean 10.95 minutter).
- p. Manglende information om hvorvidt de foregående besøg på fødegangen var pga. veer eller anden bekymring eller behov for vurdering som fx. formodet VA eller tegnblødning o.a. gør associationsmålet uklart i forhold til at vurdere om det er en en valid indikator for kvindernes evne til at komme til fødegangen i etableret fødsel.

PICO 2: Er der effekt af at tilbyde kvinderne ikke-farmakologiske metoder til smertelindring i den latente fase af fødslen?

P: Kvinder som henvender sig med smertefulde kontraktioner til termin (37+0 til 41+6) uden vandafgang, ikke har tidligere kejsersnit, singleton gravide og som ikke vurderes i aktiv fødsel.

I: Non-farmakologisk lindrende behandling

C: Standard care

O: Fødsel før ankomst til hospital, fødselslængde, sectio, instrumentel forløsning, oxytocin, epidural, bristning grad 3 eller mere, blødning > 1000 ml, patienttilfredshed, fødselsoplevelse, efterfødselsreaktion, ammeetablering (ja/nej), ammevarighed, neonatal indlæggelse, maternal død, perinatal død, ph < 7,10, APGAR < 7/5 min

Litteratur

Vi fandt 18 studier; 8 studier blev ekskluderet ud fra abstract og 5 efter gennemlæsning; 4 studier blev fundet fra referencer, resulterende i samlet 8 studier, der alle var Cochrane reviews. Endvidere fandt vi en NICE guideline fra 2014 (Update 2017) om 'Intrapartum Care'(1).

PICO 2A: Steriltvandspapler

Anbefaling

Det er god praksis at tilbyde den fødende steriltvandspapler

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for brugen af steriltvandspapler som smertelindring i den latente fase. I den aktive del af fødsel er det vist, at brugen af steriltvandspapler nedsætter smerterne med 50-60%. Der er endvidere ikke fundet skadelige virkning for mor eller barn foruden de smerter, kvinden påføres ved injektionen af det sterile vand.

Den latente fase af fødslen

Gruppens overvejelser

Cochrane reviewet vurderes til at være af god evidens, da de fleste inkluderede studier har været dobbeltblindet og af god metodologisk kvalitet. Forfatterne af reviewet efterspørger flere studier, der også undersøger hvilken fase kvinderne får smertelindringen i og outcomes på mor og barn.

Eftersom alle studierne i reviewet inkluderer kvinder i den aktive del af fødslen, har vi ikke evidens for effekten på den latente fase. Idet der er effekt af paplerne på de formodet kraftigere smerter i den aktive del af fødslen, formoder vi også, at der er en smertestillende effekt på veerne i den latente fase.

Trods den manglende evidens og med begrundelse i, at det ikke er et farmakologisk indgreb, og at der ikke i nogen af studierne er rapporteret skadelige outcomes for mor eller barn, findes det rimeligt at anvende sterilvandspapler i den latente fase, hvis kvinden og jordemoderen finder det gavnligt.

Baggrund

Injektioner af sterilt vand under huden har muligvis en lindrende effekt for de smerter, kvinder føler i lænden og over symfysen. Metoden består i, at der injiceres 0,1 ml sterilt vand ind under huden 4 steder over symfysen og/eller i lænden. Sterilvandspaplers effekt formodes at bestå i, at når der injiceres sterilt vand ind under huden frigiver kvinden endorfiner, der virker smertestillende for kvinden, men den eksakte mekanisme af sterilvandspapler er ikke kendt. Kvinderne mærker smerter ca. 30 sek. efter, at det sterile vand er injiceret, hvorefter mange vil opleve en smertestillende effekt.

Litteratur

Ved hjælp af kædesøgning ud fra litteratursøgningen i Pubmed er der fremkommet et cochrane review fra 2012, som behandler sterilvandspapler, dog ikke i den latente fase (2).

Den latente fase af fødslen

Gennemgang af evidens

Reviewet (2) inkluderer syv studier med 766 fødende. I alle studier var interventionen blindet for både klinikere og fødende. Fire af studierne anvendte intrakutane injektioner, to subkutane, og ét studie anvendte begge. Den metodologiske kvalitet af studierne var blandet.

Alle studier rapporterer, at sterilvandspapler reducerer smerterne med 50-60% mod en 20-25% reduktion ved papler givet med isotonisk saltvandsopløsning under fødslen. Studierne viser endvidere, at flere af de fødende efter fødslen rapporterede, at de vil anvende sterilvandspapler i en evt. næste fødsel.

Reviewet finder, at der ikke er forskel på, om der anvendes sterilt vand mod NaCl som smertelindring i forhold til om kvinderne ender i sectio (risk ratio (RR) 0.58, 95% confidence interval (CI) 0.33 to 1.02), kop forløsning (RR 1.31, 95% CI 0.79 to 2.18), yderligere smertelindring (RR 0.86, 95% CI 0.44 to 1.69), tid til fødsel eller Apgar score.

PICO 2B: Massage, varme omslag og zoneterapi

Anbefaling

Det er god praksis at tilbyde/opfordre den fødende til at benytte massage og varme omslag

Information til kvinden

Massage er en ikke-farmakologisk intervention. Massage og varme omslag kan, trods svag evidens, have betydning for at nedsætte smerte-oplevelsen under fødslen samt have betydning for kvindens følelse af kontrol og for hendes fødselsoplevelse.

Gruppens overvejelse

Ud af de 14 studier i reviewet, var der kun to, der undersøgte interventionseffekten i den latente fase.

Den latente fase af fødslen

Trods den ringe evidens finder arbejdsgruppen ingen grund til at tro, at massage og varme omslag i den latente fase kan have en negativ effekt, under forudsætning af, at der taget hensyn til kvinden og hendes partners præferencer. Da det tilmed ikke er et farmakologisk indgreb, findes det derfor rimeligt og i overensstemmelse med vanlig klinisk praksis at tilbyde massage og varme omslag under fødselens latente fase. evt. udført af partneren eller en anden fødselshjælper.

Baggrund

Massage og varme omslag er udbredte interventioner til lindring af smerter under fødslen, både i hjemmet og på fødestedet. Det er ofte en naturlig del af den omsorg, jordemoderen yder. Det er nemt tilgængeligt og kræver ingen særlige forudsætninger for udførelsen, og kan derfor udføres af de hjælpere, som kvinden måtte ønske at have omkring sig, både i hjemmet ved hjemmefødsel, før ankomst til fødestedet samt på fødestedet.

Litteratur

Vi fandt et cochrane review fra 2018 (3), som undersøger effekten af massage, zoneterapi og varme omslag.

Gennemgang af evidens

Cochrane reviewet inkluderede 14 randomiserede studier med hensigten at undersøge effekten af massage, zoneterapi og varme omslag. Af disse var man i stand til at benytte data fra 10 studier (1055 kvinder). Man fandt ingen studier som undersøgte effekten af zoneterapi. Ved brug af GRADE vurderedes evidensgraden fra lav til meget lav.

Massage

Reviewet fandt evidens af lav kvalitet, som vidste, at massage kan medføre en reduktion i smerteintensiteten (vurderet ved brug af en selv-rapporteret smerte-skala) sammenlignet med standard care under udvidelsesfasen (standard mean difference (SMD) -0.81 , 95% CI -1.06 til -0.56 , 6 studier, 362 kvinder). 2 studier undersøgte smerteintensiteten under pressefasen og ved placentas fødsel; der blev fundet en ikke signifikant reduktion i smertescoren ved brug af massage (SMD -0.98 , 95% CI -2.23 til 0.26 , 124 kvinder; and SMD -1.03 , 95% CI -2.17 til 0.11 , 122 kvinder). Der var evidens af meget lav kvalitet, som ikke viste en tydelig effekt af massage sammenlignet med standard care i forhold til fødslen længde (i minutter) (MD 20.64 , 95% CI -58.24 til 99.52 , 6 studier, 514 kvinder), i forhold til forbruget af

Den latente fase af fødslen

farmakologisk smertelindring (gennemsnitlig RR 0.81, 95% CI 0.37 til 1.74, 4 studier, 105 kvinder). Der var evidens af meget lav kvalitet, som ikke viste en tydelig effekt gevinst af massage i forhold til instrumentel forløsning (gennemsnitlig RR 0.71, 95% CI 0.44 til 1.13, 4 studier, 368 kvinder) eller sectio (RR 0.75, 95% CI 0.51 til 1.09, 6 studier, 514 kvinder). Et studie viste mindre angst under udvidelsesfasen for kvinder i massagegruppen (MD -16.27, 95% CI -27.03 til -5.51, 60 kvinder). 1 studie fandt en øget følelse af kontrol (MD 14.05, 95% CI 3.77 til 24.33, 124 kvinder, evidens af lav kvalitet). 2 studier, som undersøgte tilfredsheden med fødselsoplevelsen, rapporterede data fra forskellige skalaer; begge fandt dog en øget tilfredshed i massage-gruppen. Kvaliteten af evidensen vurderedes lav i det ene studie og meget lav i det andet.

Varme omslag

Reviewet fandt evidens af lav kvalitet for effekten af varme omslag på smerte. (Visual Analogue Scale/VAS) i udvidelsesfasen (SMD -0.59, 95% CI -1.18 til -0.00, 3 studier, 191 kvinder), samt i pressefasen (SMD -1.49, 95% CI -2.85 til -0.13, 2 studier, 128 kvinder). Evidens af meget lav kvalitet viste en reduktion af fødselslængde (minutter) blandt kvinder, som fik varme omslag (MD -66.15, 95% CI -91.83 til -40.47; 2 studier; 128 kvinder).

Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (Review)
 Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON *[Explanation]*

Massage compared to usual care for pain management in labour						
Patient or population: women in labour Setting: hospital settings in Australia, Brazil, Canada, Iran, Taiwan, UK Intervention: massage Comparison: usual care						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of participants ()	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with usual care	Risk with massage				
Pain intensity - first stage of labour	-	The mean pain score in the massage group was 0.81 standard deviations lower (1.06 lower to 0.56 lower)	-	362 (6 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ¹²	Lower pain scores = less pain
Sense of control in labour Seven point scale, 29 items range '1=almost always', to '7=rarely'	The mean sense of control in labour was 150.92	MD 14.05 higher (3.77 higher to 24.33 higher)	-	124 (1 RCT)	⊕⊕○○ ³ LOW	High score more control
Sense of control in labour (shortened Labour Agency Scale). Seven point scale range '1=almost always', to '7=rarely'	The mean sense of control in labour (shortened Labour Agency Scale) was 33.6	MD 6.1 lower (11.68 lower to 0.52 lower)	-	56 (1 RCT)	⊕⊕○○ LOW ²⁴	Low score more positive

Den latente fase af fødslen

Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (Review)
 Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Satisfaction with childbirth experience. Five point scale, 5= more satisfaction	The mean satisfaction with childbirth experience was 3.7	MD 0.47 higher (0.13 lower to 1.07 higher)	-	60 (1 RCT)	⊕○○○ VERY LOW ²⁵	Higher score indicates greater satisfaction
Satisfaction with childbirth experience	Study population		RR 1.90 (1.07 to 3.38)	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ LOW ²⁴	
	333 per 1000	633 per 1000 (357 to 1000)				
Assisted vaginal birth	Study population		RR 0.71 (0.44 to 1.13)	368 (4 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ¹²⁶	
	191 per 1000	136 per 1000 (84 to 216)				
Caesarean section	Study population		RR 0.75 (0.51 to 1.09)	514 (6 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ¹²⁶	
	191 per 1000	144 per 1000 (98 to 209)				
Use of pharmacological pain relief	Study population		RR 0.81 (0.37 to 1.74)	368 (4 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ¹²⁶	
	568 per 1000	460 per 1000 (210 to 989)				
Length of labour (minutes)	The mean length of labour was 547.25 minutes	MD 20.64 minutes higher (58.24 lower to 99.52 higher)	-	514 (6 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ¹²⁶⁷	

* The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio

PICO 2C: Forskellige afslapningsteknikker (inklusive yoga, musik og mindfulness)

Anbefaling

Det er god praksis at anbefale den fødende kvinde at benytte forskellige afslapningsteknikker.

Information til kvinden

Forskellige teknikker til at afslappe kroppens muskler er ikke en farmakologisk intervention og er vist i videnskabelige studier at nedsætte smerteintensiteten i den latente fase og kan have betydning for at nedsætte smerteoplevelsen.

Gruppens overvejelse

På trods af, at evidensen varierer fra lav til meget lav kvalitet, så formodes brugen af forskellige former for afslapningsteknikker, inklusive yoga, musik og mindfulness, at have effekt på evnen til at håndtere smerten samt intensiteten, følelsen af kontrol over fødslen samt fødselsoplevelsen. Dette understøttes i høj grad af det, som opleves i den kliniske hverdag. Det er ud fra studierne vanskeligt at konkludere, hvad det helt konkret er, der virker, da disse teknikker varierer i de forskellige studier. Samtidigt er det højst tænkeligt, at disse teknikker også varierer i den kliniske situation fra fagperson til fagperson samt alt efter kvindens behov og hendes præferencer. Ser man på brugen af yoga, er dette en teknik, som en fødende kvinde ikke umiddelbart kan bruge under fødslen, da det i større eller mindre grad er noget, som læres over tid, hvorimod andre teknikker umiddelbart kan læres og bruges undervejs i fødslen.

Baggrund

Forskellige afslapnings- og vejtrækningsteknikker er en integreret og selvfølgelig del af den måde, hvorpå jordemødre arbejder og yder omsorg under fødslen. Det er ofte efterspurgt af kvinderne, og kan have en positiv effekt på evnen til at håndtere smerten og følelsen af kontrol over fødslen og fødselsoplevelsen. Ydermere vurderes det, at det ikke kan have nogle negative konsekvenser for mor og barn, da det er non-farmakologiske og ikke-invasive indgreb. Det kan nemt læres af kvinden og kræver ingen forudsætning og kan bruges både i

Den latente fase af fødslen

hjemmet og på fødestedet. De hjælpere, som kvinden måtte ønske at have omkring sig både før og efter ankomst til fødestedet, kan ligeledes understøtte kvinden i brugen.

Litteratur

Vi fandt et Cochrane review fra 2018 (4) som beskæftiger sig med effekten af forskellige afslapningsteknikker for smertehåndtering under fødslen. Ingen af studierne beskæftigede sig udelukkende med den latente fase.

Gennemgang af evidens

Cochrane reviewet inkluderede 19 randomiserede studier (2519 kvinder), hvoraf de 15 studier (1731 kvinder) bidrog med data. Forfatterne vurderer, at evidensen varierer fra lav til meget lav, og konkluderer, at der er behov for yderligere studier. Trods den lave grad af evidens, så er der i dette review flere studier, der viser at afslapningsteknikker og yoga kan have en effekt på smerteoplevelsen/håndteringen af smerten i den latente fase.

Afslapningsteknikker

Reviewet fandt, at afslapningsteknikker sammenlignet med standard care nedsatte smerteintensiteten (målt på en skala fra 0 til 10, hvor lav score indikerer mindre smerte) i den latente fase af fødslen (MD -1.25, 95% CI -1.97 to 0.53, et studie, 40 kvinder). 4 studier undersøgte smerteintensiteten i den aktive fase af fødslen; der sås signifikant heterogenitet studierne imellem og meget lav kvalitet, hvilket leder frem til, at der ikke er stærk evidens for, at der er forskel på effekten grupperne imellem for dette outcome (MD -1.08, 95% CI -2.57 til 0.41, 4 studier, 271 kvinder, random-effects analysis). Evidens af meget lav kvalitet viste, at kvinder, som modtog/benyttede afslapning rapporterede større tilfredshed med smertelindring i løbet af fødslen (RR 8.00, 95% CI 1.10 til 58.19, 1 studie, 40 kvinder), og man fandt ikke nogen klar forskel i tilfredshed med fødselsoplevelsen (vurderet ud fra forskellige skalaer) (SMD -0.03, 95% CI -0.37 til 0.31, 3 studier, 1176 kvinder). Der var ikke nogen reduktion i instrumentelle forløsninger (gennemsnitlig RR 0.61, 95% CI 0.20 til 1.84, 4 studier, 1122 kvinder) eller sectio'er (gennemsnitlig RR 0.73, 95% CI 0.26 til 2.01, 4 studiers, 1122 kvinder). Følelsen af kontrol over fødslen og amning var ikke rapporteret i dette review.

Den latente fase af fødslen

Yoga

Når man sammenlignede yoga med kontrol-grupper/-interventioner, viste evidens af lav kvalitet, at yoga mindskede smerteintensiteten (1 studie, 66 kvinder), gav større tilfredshed med smertelindringen (1 studie, 66 kvinder) og større tilfredshed med fødselsoplevelsen (1 studie, 66 kvinder). Følelsen af kontrol over fødslen, amning, instrumentel forløsning og sectio var ikke rapporteret i dette review.

Relaxation techniques for pain management in labour (Review)
 Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON [Explanation]

Relaxation compared to usual care for pain management in labour						
Patient or population: women in labour Setting: hospital settings in Brazil, Italy, Sweden, Turkey, UK Intervention: relaxation Comparison: usual care						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with usual care	Risk with relaxation				
Pain intensity: active phase (lower scores indicate less intense pain)	The mean pain intensity - active phase was 7.8	MD 1.08 lower (2.57 lower to 0.41 higher)	-	271 (4 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{1,2,3,4}	
Satisfaction with pain relief (higher proportion high satisfaction)	Study population 50 per 1000	400 per 1000 (55 to 1000)	RR 8.00 (1.10 to 58.19)	40 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{5,6}	
Sense of control in labour	-	-	-	-	-	No trial reported this outcome
Satisfaction with child-birth experience (higher scores indicate more satisfaction)	The mean satisfaction with childbirth experience using a variety of outcome measures was 27.1	SMD 0.03 lower (0.37 lower to 0.31 higher)	-	1176 (3 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{2,4,7}	
Breastfeeding	-	-	-	-	-	No trial reported this outcome
Assisted vaginal birth	Study population		Average RR 0.61 (0.20 to 1.84)	1122 (4 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{2,8,9}	

Relaxation techniques for pain management in labour (Review)
 Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

	149 per 1000	91 per 1000 (30 to 275)			
Caesarean section	Study population 214 per 1000	157 per 1000 (56 to 431)	Average RR 0.73 (0.26 to 2.01)	1122 (4 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{2,8,9}

* The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval; RCT: randomised controlled trial; RR: Risk ratio; SMD: standardised mean difference

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate quality: we are moderately confident in the effect estimate; the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different
Low quality: our confidence in the effect estimate is limited; the true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low quality: we have very little confidence in the effect estimate; the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

¹Downgraded one level: most of the pooled effect provided by studies with high risk of bias in allocation concealment and/or blinding.

²Downgraded one level: severe unexplained heterogeneity.

³Downgraded one level: small sample size.

⁴Downgraded one level: wide confidence intervals crossing the line of no effect.

⁵Downgraded one level: one included study has high risk of bias in blinding.

⁶Downgraded two levels: small sample size and rare events.

⁷Downgraded one level: all included studies at high risk of bias for blinding.

⁸Downgraded one level: all included studies are at a high risk of bias in at least one domain.

⁹Downgraded two levels: small sample size, few events and wide confidence interval crossing the line of no effect.

Den latente fase af fødslen

PICO 2D: Akupunktur og akupressur

Anbefaling

Det er god praksis at tilbyde den fødende akupunktur eller akupressur, såfremt dette tilbud udgør en fast bestanddel af fødestedets generelle tilbud.

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for brugen af akupunktur eller akupressur som smertelindrende behandling i den latente fase. Men nogle studier antyder, at der overordnet kan ses en positiv effekt på smertehåndteringen og -oplevelsen under fødslen samt på hele fødselsoplevelsen.

Gruppens overvejelse

Akupunktur er, i modsætning til andre nævnte non-farmakologiske teknikker, en invasiv teknik, som består af meget tynde nåle, som placeres mere eller mindre superficielt i kroppen. Da akupunktur er en invasiv teknik, er det gruppens opfattelse, at kun fagpersoner, som er trænede deri, bør tilbydes og udfører behandlingen. Det kan ikke dokumenteres, at akupunktur, som behandling i den latente fase, har en negativ virkning på det materielle og neonatale udkomme, og da det kan imødekomme kvinden og hendes ønsker, anses det som rimeligt at tilbyde det under den latente fase.

Baggrund

Forskellige studier antyder, at akupunktur og akupressur kan have en positiv effekt på smertehåndteringen under fødslen, på smerteoplevelsen og på fødselsoplevelsen. Til de kvinder, som ønsker en fødsel uden medicinske interventioner og indgreb, kan det, evt. i kombination med andre teknikker til lindring, være et rimeligt tilbud, som kommer kvinderne i møde, og dermed er med til at understøtte hendes følelse af kontrol og medindflydelse på eget forløb.

Litteratur

Vi fandt et Cochrane review fra 2017 (5) som undersøger effekten af akupunktur og akupressur under fødslen blandt både første- og fleregangsfødende. Ingen af studierne beskæftiger sig udelukkende med den latente fase, men i nogle studier påbegyndes interventionen i den latente fase og fortsætter så under resten af fødslen.

Gennemgang af evidens

Cochrane Reviewet inkluderede 13 randomiserede studier (1986 kvinder). 9 studier undersøgte effekten af akupunktur og 4 studier undersøgte effekten af akupressur. Evidensen fra reviewet antyder, at der kan være en effekt af akupunktur og akupressur målt på et reduceret brug af farmakologisk analgesi, færre smerter og øget tilfredshed med fødslen.

Reduceret brug af farmakologisk analgesi sås i et studie, som sammenlignede akupunktur med placebo (RR 0.72, 95% CI 0.58 to 0.88, 136 kvinder), og som sammenlignede med standard care (RR 0.68, 95% CI 0.56 til 0.83, 3 studier, 704 kvinder, signifikant heterogenitet mellem studierne). Der sås færre instrumentelle forløsninger blandt kvinder, som modtog akupunktur sammenlignet med standard care ((RR 0.67, 95% CI 0.46, 0.98, 3 studier, 704 kvinder). Mindre intens smerte sås ved sammenligning af akupunktur med ingen intervention ((SMD -1.00, 95 CI -1.33 til -0.67, et studie, 163 kvinder). Et studie fandt øget tilfredshed med den smertelindrende effekt af akupunktur sammenlignet med placebo (RR 2.38, 95% CI 1.78 til 3.19, 150 kvinder).

Smerteoplevelsen sås reduceret blandt kvinder, som modtog akupressur sammenlignet med placebo (SMD -0.55, 95% CI -0.92 til -0.19, et studie, 120 kvinder) og en kombineret kontrolgruppe (SMD 0.42, 95% CI -0.65 til -0.18, to studier, 322 kvinder).

Forfatterne konkluderer, at man på baggrund af de tilgængelige data kan formode, at akupunktur og akupressur kan have en vis effekt i forhold til smertehåndtering, men at der ikke er tilstrækkelig evidens til at anbefale brugen af det.

Den latente fase af fødslen

PICO 2E: Badekar/fødekar

Anbefaling

Der er svag anbefaling for at tilbyde smertelindrende behandling med badekar/fødekar i fødselens latente fase.

Information til kvinden

Ophold i badekar/fødekar i løbet af udvidelsesfasen (op til 10 cm) kan virke smertelindrende, reducerer måske behovet for epidural bedøvelse og er ikke vist at have nogen effekt på fødselsmåde eller risiko for instrumentel forløsning.

Gruppens overvejelse

Ingen studier rapporterer cases af maternel eller neonatal mortalitet, og det kan antages, at der ikke har været tilfælde af dødsfald. Ingen studier inkluderer kvinder udelukkende i latensfasen, og præcisionen af interventionens effekt i latensfasen kan antages at være nedsat.

Baggrund

Brug af badekar på fødested eller ved hjemmefødsel er et tilbud om smertelindring, de gravide ofte ønsker at benytte sig af op til eller under fødslen. Potentielle risici kunne være maternel eller neonatal infektion, hyperthermi eller højere risiko for alvorlige bristninger (relaterer sig primært til støtte af perineum i pressefasen).

Litteratur

Vi fandt ét Cochrane review fra 2018 om brug af badekar/fødekar under fødslen (6).

Gennemgang af evidens

Otte studier med 2766 kvinder sammenlignede ophold i vand under fødselens første stadie (ikke kun den latente fase) med intet ophold i vand.

Den latente fase af fødslen

Der var lille eller ingen forskel mellem ophold i fødekar/badekar versus ophold på "land" for spontan vaginal fødsel (83% versus 82%; relativ risiko (RR) 1.01, 95% CI 0.97 to 1.04; 6 studier; 2559 women; moderat kvalitet evidens); instrumentel forløsning (12% versus 14%; RR 0.86, 95% CI 0.70 to 1.05; 6 studier; 2559 kvinder; lav-kvalitet evidens); eller sectio (5% versus 4%; RR 1.27, 95% CI 0.91 to 1.79; 7 studier; 2652 kvinder; lav-kvalitet evidens).

Der var en lille reduktion i risiko for regional anæstesi (43% versus 39%, RR 0.91, 95% CI 0.83 to 0.99; 5 studier; 2439 kvinder; moderat-kvalitet evidens).

Der var utilstrækkelig evidens til at vurdere effekten på blodtab, grad 3 og 4 bristning, indlæggelse på neonatal intensiv og neonatal infektion. Perinatal død blev ikke rapporteret i nogle af studierne.

Konklusion: Blandt raske gravide med lav risiko for komplikationer har ophold i vand i fødselens første stadie sandsynligvis ingen eller lille effekt på fødselsmåde og perineale bristninger, men reducerer måske brugen af regional anæstesi.

Immersion in water during labour and birth (Review)
Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON [Explanation]

Immersion in water compared to no immersion during first stage of labour in water during labour and birth						
Patient or population: women in labour Setting: hospital-based maternity units in the following countries: UK, Canada, Iran, Finland, Australia, USA, Belgium, Brazil, Sweden, South Africa and China. Intervention: immersion in water in the first stage of labour Comparison: no immersion during first stage of labour						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with no immersion during first stage of labour	Risk with immersion in water				
Mode of birth (spontaneous vaginal birth)	Study population		RR 1.01 (0.97 to 1.04)	2559 (6 RCTs)	⊕⊕⊕○ MODERATE ¹	
	822 per 1000	830 per 1000 (797 to 855)				
Mode of birth (instrumental vaginal birth)	Study population		RR 0.86 (0.70 to 1.05)	2559 (6 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ¹²	
	138 per 1000	119 per 1000 (97 to 1.05)				
Mode of birth (caesarean section)	Study population		RR 1.27 (0.91 to 1.79)	2652 (7 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ²⁵	
	41 per 1000	52 per 1000 (38 to 74)				
Use of analgesia (regional)	Study population		RR 0.91 (0.83 to 0.99)	2439 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ MODERATE ¹	
	429 per 1000	390 per 1000 (356 to 424)				
Perineal trauma (third- or fourth-degree tears)	Study population		RR 1.36 (0.85 to 2.18)	2341 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ MODERATE ¹	
	25 per 1000	33 per 1000 (21 to 54)				
Perinatal death	Study population		-	-	-	No trial reported this outcome.
	see comment	see comment				
Admission to neonatal intensive care unit	Study population		Average RR 1.30 (0.42 to 3.97)	1511 (2 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ²⁴	
	58 per 1000	75 per 1000 (24 to 229)				
Neonatal infection	Study population		RR 2.00 (0.50 to 7.94)	1295 (5 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ¹⁵	
	5 per 1000	9 per 1000 (2 to 37)				
Estimated blood loss (mL)	Study population		-	153 (2 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ⁶⁷	
	The mean estimated blood loss with immersion was 265.5 mL	MD 14.33 mL lower (63.03 mL lower to 34.37 mL higher)				

* The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

Immersion in water during labour and birth (Review)
Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

PICO 2F: Transcutan Elektrisk Nerve Stimulation (TENS) versus standard care

Anbefaling

Det er god praksis at lade den gravide kvinde afgøre, om hun ønsker at benytte TENS i fødslens latente fase, såfremt dette tilbud udgør en fast bestanddel af fødestedets generelle tilbud ✓

Information til kvinden

Der er ikke fra videnskabelige studier fundet dokumentation for effekten af den smertelindrende behandling ved TENS i den latente fase. Der er ikke beskrevet bivirkninger hos barnet af behandlingen, men der kan teoretisk set være en påvirkning af barnet, vi ikke kender til.

Gruppens overvejelse

Der mangler evidens for effekten af TENS i den latente del af fødslen.

Baggrund

TENS er en metode, hvormed der på huden appliceres lav-strøms elektriske impulser af varierende frekvens eller intensitet. Ofte er det kvinden selv, der styrer doseringen. Strømmen appliceres typisk på ryggen, men kan også appliceres på udvalgte akupunkturpunkter eller på kraniet. Omfanget af TENS i Danmark er ikke gjort op.

Litteratur

Vi fandt ét Cochrane review fra 2009 (7)

Gennemgang af evidens

17 studier med 1466 kvinder var inkluderet i reviewet. Også kvinder i den aktive del af fødslen blev inkluderet i flere studier. Studierne sammenlignede TENS med standard care, andre non-farmakologiske smertestillende metoder eller placebo. Tretten studier undersøgte TENS appliceret på ryggen, to på akupunktur punkter og to på kraniet.

Den latente fase af fødslen

Primære outcomes var smerteintensiteten under fødslen som kontinuerlig variabel (Visuel analog skala) i henhold til spørgeskema eller dikotom variabel som kraftig smerte ja/nej. Sekundære outcomes af relevans for denne PICO var maternelle (fødslens varighed, fødselsmåde, instrumentel forløsning, tilfredshed) og neonatale (Apgar >7/5).

TENS fandtes af have lille eller ingen smertestillende effekt under fødslen, mens det hverken syntes at have positive eller negative øvrige effekter for den fødende kvinde. Effekten på fosteret er ikke kendt. Kun meget få studier rapporterede føtale/neonatale outcomes.

Kvinder, der fik TENS på akupunkturpunkter, var mindre tilbøjelige til at rapportere svær smerte (mean relativ risiko 0.41, 95% CI 0.31-0.54, 2 studier/190 kvinder). I et enkelt studie (n=24) var TENS ikke associeret med lavere risiko for kraftig smerte ved orificium < 5 cm (3 vs. 5 kvinder, RR 0.36, 95% CI 0.11-1.16). Tre studier fandt, at TENS ikke havde effekt som adjuverende terapi, hvis kvinden havde en epidural.

PICO 3 Er der effekt af at tilbyde kvinderne farmakologisk lindrende intervention i latensfasen

P: Kvinder som henvender sig med smertefulde kontraktioner til termin (37+0 til 41+6) uden vandafgang, ikke har tidligere kejsersnit, singleton gravide og som ikke vurderes at være i aktiv fødsel

I: Farmakologisk smertelindring i latensfasen af vaginal fødsel

C: Ingen farmakologisk smertelindring i latensfasen af vaginal fødsel

O: Perinatal død, maternel død, sectio, instrumental forløsning, længde af fødslen, maternel feber, neonatale outcome (apgar-score, neonatale indlæggelser, asfyksi).

PICO 3A Er der effekt af at tilbyde kvinder smertelindring i form af epidural i den latente fase

Anbefaling

De fleste kvinder i latensfasen klarer sig uden epidural, ligesom et flertal ikke får brug for epidural senere i fødsel. Der er stærk anbefaling for, at kvinder, der udtrykker ønske om smertelindring i form af epidural under den latente fase, kan imødekommes, såfremt anden smertelindring ikke vurderes sufficient.

Information til kvinden

Der foreligger ingen studier der sammenligner brug af epidural under den latente fase med ingen epidural. Kvinden skal oplyses om bivirkninger og risici ved epidural generelt, men også at der er evidens for at *tidlig* epidural sammenlignet med *sen* epidural IKKE øger frekvensen af sectio, instrumental forløsning eller hyppigheden af dårlige neonatale outcome. Der er ej heller evidens for at fødslen forlænges ved brug af *tidlig* epidural i forhold til *sen* epidural.

Baggrund

Den optimale timing for epidural analgesi hos kvinder med veer har været debatteret i mange år. Specielt har frygten for at forlænge fødslens varighed og øge frekvensen af kejsersnit eller instrumentel forløsning afholdt mange fra at anbefale epidural som smertelindring i den latente fase.

Denne guideline beskæftiger sig ikke med bivirkninger eller risici generelt til fødepidural og omhandler kun problemstillingen ”tidlig vs. sen epidural”, idet der ikke foreligger studier, der sammenligner brugen af tidlig epidural med ingen epidural. For generel guideline om epidural som smertelindring under fødsler henvises til gældende guideline ”Fødepidural: epidural analgesi til vaginal fødsel” fra DSOG og DASAIM. (1)

Gennemgang af litteratur:

Vi fandt 3 RCT, der sammenligner brug af epidural i den latente fase vs. epidural i den aktive fase af fødslen, samt et Cochrane review, der udover vores fundne 3 RCT, har yderligere 6 studier med, som vi har vurderet ikke var relevante for vores PICO spørgsmål. Dette enten fordi kvindernes fødsler er inducerede, eller fordi den kliniske praksis er forældet (2–5). Vi har valgt at inkludere et kinesisk studie, da det er randomiseret. Alle studier finder at der ikke er øget forekomst af sectio eller instrumentel forløsning hos kvinder, der smertedækkes med epidural under den latente fase sammenlignet med kvinder der smertedækkes af epidural i den aktive fase af fødslen. Der er ikke påvist en forskel på indikation for sectio, og frekvensen af kvinder der får s-drop, er lige stor i begge grupper (2-5). Alle tre studier finder ikke forskel i hyppigheden af Apgar-score under 7 ved 5 min (2-5).

Der er ikke fundet evidens for at tidlig epidural forlænger fødslens længde. Tværtimod finder to studier, at grupperne med epidural før 4 cm dilatation af orificium har kortere tid til fuld dilatation af orificium og til vaginal fødsel, sammenlignet med gruppen, der får epidural ved orificium mere end 4 cm dilateret. Der er ikke vist en forskel i længden af andet stadie (2,4).

Den latente fase af fødslen

Der er ikke forskel på VAS score hos kvinderne i tidlig vs. sen epidural ved initiering af epidural, og i alle tre studier udtrykker kvinderne i grupperne med tidlig epidural større tilfredshed med smertedækningen (2-5).

Wang et al., (3) finder, at der er en mindre andel af kvinder, der ammer efter 6 måneder i gruppen med tidlig epidural sammenlignet med epidural startet efter 4 cm dilatation.

Studie	Design	Population	Resultater
<p>Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial</p> <p>Wang F. et al., Anesthesiology 2009; 111(4):871–80</p>	<p>RCT 5 årig periode</p> <p>Ved forespørgsel på epidural og orificium >1cm randomiseres pt. til enten tidlig epidural eller epidural når orificium er over 4 cm.</p> <p>Epiduralindhold: 0.125% ropivacaine 0.3 µg sufentanil</p> <p>Hvis orificium er under 1 cm, eller kvinden randomiseres til sen epidural, gives 25mg meperidin im. som rescue (gentaget efter behov).</p>	<p>Raske nullipara, singleton graviditet i hovedstilling. Spontan fødsel. GA 37+0</p> <p>Tidlig (orif<4cm) epi: N= 6394 Orif gn.snit= 1.6cm</p> <p>Sen (orif> 4cm) epi: N= 6399 Orif gn.snit= 5.1cm</p>	<p>Ingen signifikant forskel i demografisk, baseline og materielle data.</p> <p>Materielle outcomes (tidl. vs. Sen epi):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS: 23.2% vs. 22.8%, p=.51 - Brug af S-drop: 23.3% vs. 23.7%, p=.60 - Instrumentel fødsel: 11.8% vs. 12.7%, p=.10 - 1.stadie: (min) <p>Latente fase: 479±52 vs. 485±58 p=.22 Aktive fase: 111±44 vs. 128±50 p=.68</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.stadie (pressefase): (min) 63±35 vs. 67±36 p=.87 <p>Neonatale outcome: (tidl. vs. Sen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar score<7/5min: 0.7% vs. 0.8% p=.48 - Umbilikal arteriel pH< 7.20: 22.9% vs. 23.7% p=.27 - Antibiotika neonatalt: 13.1% vs. 13.4% p=.52

Den latente fase af fødslen

Studie	Design	Population	Resultater
<p>The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor</p> <p>Wong CA et al., N Engl J Med 17;352(7):655-65 2005</p>	<p>RCT 3 årig periode</p> <p>Sammenligner tidlig og sen epidural.</p> <p>Ved forespørgsel på epidural og orificium < 4 cm, randomiseres pt. til enten tidlig epi eller sen epi.</p> <p>Epiduralindhold: 0.625% bupivacain 0.2 µg fentanyl</p> <p>Systemisk opioid indtil sen epi påbegyndes: Hydromorphon 1mg iv + 1mg im</p>	<p>Raske nullipara, singleton graviditet i hovedstilling. Spontan fødsel. GA 37+0</p> <p>Tidlig (orif < 4cm) epi: N= 336 Orif median 2cm</p> <p>Systemisk opioid: N= 362 Orif median 2cm</p>	<p>Ingen forskel i baseline og materielle data</p> <p>Materielle outcomes (tidl. epi vs. sen epi):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS: 17.8% vs. 20.7% p=.31 - Brug af S-drop: 92.3% vs. 94.5% p=.38 - Instrumental fødsel: 19.6% vs. 16.0% p=.13 - 1.stadie (latens og aktiv fase): 90 min kortere for p<.01 - 2.stadie (pressefase): Ingen forskel p=.67 <p>Neonatale outcomes (tidl. epidural vs. sen epi):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar score < 7/5min: 1.4% vs. 2.5% p=.28
Studie	Design	Population	Resultater
<p>Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial</p> <p>Ohel G. et al., Am J Obstet Gynecol 194(3):600-5. 2006</p>	<p>RCT Ved forespørgsel på smertestillende randomiseres kvinder med orificium under 3 cm til tidlig epidural eller epidural ved 4-5 cm.</p> <p>Epiduralindhold: 0.1% ropivacain 0.2 µg/ml fentanyl</p>	<p>Raske nullipara, singleton graviditet i hovedstilling. Spontan i fødsel/induceret. GA 36+0</p> <p>Tidlig (orif < 4cm) epi: N= 221 Orificium gn.snit = 2.4cm</p> <p>Sen (orif > 4cm) epi: N= 228 Cervix gn.snit = 4.6cm</p>	<p>Ingen forskel i baseline og materielle data</p> <p>Materielle outcome (tidl. epi vs. sen epi):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS: 13% vs. 11% p=.77 - Brug af S-drop 1.stadie: 29% vs. 27% p=.57 - Brug af s-drop 2.stadie: 7% vs. 10% p=.57 - Instrumental fødsel: 17% vs. 19% p=.63 - 1.stadie, timer, gn.snit (SD): 5.9 (2.9) vs. 6.6 (3.5) p=.04 - 2.stadie, min, gn.snit (SD): 95.4 (58.6) vs. 105.2 (63.7) p=.12 <p>Neonatale outcome (tidl. epidural vs. sen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar score 5 min gn.snit (SD): 9.9 (0.4) vs. 9.9 (0.5) p=.23

Studie	Design	Population	Resultater
Early versus late initiation of epidural analgesia for labour Sng BL et al. Cochrane review 2012	Systematisk review 9 studier 15.752 kvinder	Sammenligner tidlig epidural med sen epidural. Tidlig (orif<4-5 cm)	9 studier: CS: RR 1.02 (95%CI:0.96-1.08) 8 studier: Instrumental fødsel: RR 0.93 (95%CI:0.86-1.01) 2.stadie af fødsel: -3.22min (-6.71-0.27) Ingen forskel i fødselens første stadie. Apgar < 7/5min RR 0.96 (95%CI:0.69-1.33) Ingen forskel i arteriel- eller venøs umbilikal pH.

PICO 3 B Er der effekt af at tilbyde farmakologisk lindring (fraset epidural) i den latente fase, set ud fra kvindens perspektiv?

Anbefaling

Det er god praksis at tale med kvinderne om farmakologisk smertelindring i den latente fase. Hvis farmakologisk smertelindring ud over paracetamol anvendes, bør man primært vælge præparater med kort halveringstid og i lav dosering. Den sløvende effekt af morfika og benzodiazepin forstærkes, når præparaterne gives samtidig.

Information til kvinden

Kvinden skal oplyses om den smertestillende effekt samt bivirkninger ved lægemidlerne generelt blandt andet kvalme ved morfika hos kvinden samt sløvende effekt og evt respirationshæmning hos nyfødte ved brug af morfika og benzodiazepin. Morfika og benzodiazepiner anbefales ikke til spædbørn og koncentrationen i navlesnorsblod er det samme som i mors blod. Virkningsvarigheden kan være længere i det nyfødte barn end hos voksne.

Baggrund

Forbruget af farmakologisk lindring i den latente fase i Danmark er ifølge vores viden ikke opgjort, men en trend fra 2006 til 2014 i England viser, at forbruget af parenterale opioider er faldet fra 33 % til 25% (dog i hele 'first stage of labor')(3). Internationalt mangler der konsensus om definition af den latente fase, hvilket besværliggør klinisk håndtering, registrering og forskning.

Litteratur

Den fundne litteratur omhandler undersøgelser af smertelindring i "early first stage" og "first stage" og baseres primært på sammenligning af smertelindringsmetoder og forskellige morfika, samt på tilfredshedsundersøgelser af farmakologisk lindring ved parenteral behandling. Vi har ikke set på studier, som sammenligner forskellige morfika ad samme administrationsvej (P.O, I.V, I.M, PCA).

Der er ikke fundet litteratur om effekt eller tilfredshed ved anvendelse af kombination af anxiolytica, tocolytica og morfika. Vi har ikke fundet studier, der sammenligner administration af en form for cocktail eller sovesæt – eller morfin – med "ingen behandling".

Ej heller er der fundet litteratur om effekt eller tilfredshed ved behandling med farmakologisk smertelindring i alene den latente fase.

Gennemgang af litteratur:

I en oversigt over systematiske reviews fra Jones et al., (4) undersøges risiko for instrumentel forløsning og sectio ved brug 1) parental opioid vs placebo/ingen behandling og 2) opioid vs ikke-farmakologisk lindring. Der findes ingen signifikant forskel i risiko for sectio eller instrumentel forløsning.

Effekt af smertelindring og tilfredshed med smertelindring

I et systematisk review fra Smith et al., (5)., omhandlende raske gravide med ukomplicerede graviditeter i induceret eller spontan vaginal fødsel mellem graviditetsuge 37-42 (n>8000) findes en signifikant forskel i effekt af smertelindring i otte ud af 24 studier, hvor behandling er parenteral opioid vs placebo/ingen behandling eller parenteral opioid vs anden type opioid (IV, IM eller selvadministration). I de resterende 16 ud af 24 studier var der ingen signifikant forskel mellem behandlingsformerne.

Den latente fase af fødslen

I samme review af Smith et al., (5) var der i langt de fleste studier ikke angivet tilfredshed med smertelindring, og hvor det var angivet, var tilfredsheden ikke entydig. Overordnet konkluderes det, at for kvinder med normal graviditet, giver behandling med parenterale opioider en smertelindrende effekt, men kan også være forbundet med bivirkninger som sløvhed og kvalme.

I et systematisk review af Weibel et al.,(6) hvor 20 studier (n=3569) omhandlende lav- og højrisiko gravide indlagt på hospital til planlagt vaginal fødsel, findes at kvinderne er signifikant mindre tilfredse med behandling med selvadministreret remifentanil sammenlignet med epidural (Standard mean difference (SMD) -0.22, 95% CI, -0.40—0.04). I en oversigt af 15 Cochrane reviews og ni non-farmakologiske reviews og seks farmakologiske reviews, af i alt 310 studier, fra Jones et al., (4) undersøges forskellen i smertelindring mellem anvendelse af 1) parental opioid vs placebo/ingen behandling, og 2) opioid vs ikke-farmakologisk lindring, hvorved der findes signifikant forskel i smertelindring mellem anvendelse af parenteral opioid (petidin) og placebo/ingen behandling: 1 studie (n=50) RR 25.00, 95% CI 1.56-400. (CI er meget bred).

På grund af det store antal forskellige sammenligninger i de tre reviews var det ikke muligt at præsentere GRADE evidensgradering.

Den latente fase af fødslen

Studie	Design	Population	Resultater
<p>'Parental opioids for maternal pain management in labour'⁵</p> <p>Smith LA, Burns E, Cuthbert A.</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2018</p> <p>Studier er udført i perioden 1969-2016.</p>	<p>Systematisk Review</p> <p>Inklusion af RCTs, der undersøger anvendelse af opioder (I.M eller I.V) under fødsel, inkl 'early stage.</p> <p>Endemål: <u>Effekt af smertelindring</u></p> <p><u>Tilfredshed med smertelindring</u></p> <p><u>Maternelle bivirkninger</u></p>	<p>Raske gravide med ukomplicerede grav., GA: 37-42, i induceret/spontan fødsel, hvor i alt 34 forskellige sammenligninger undersøges.</p> <p>Herunder også:</p> <p>1) Parental opiod vs placebo/ingen behandling.</p> <p>2) Parenteral opiod vs ikke-farmakologisk., lindring.</p>	<p>61 studier inkluderes (n>8000).</p> <p>Kvaliteten af studierne var meget lav til høj (GRADE), men ved sammenligning af studier blev kvaliteten nedgraderet til meget lav- lav på grund af heterogenitet mellem studier.</p> <p>For kvinder med en ukompliceret graviditet, som er i fødsel, giver parenterale opioider en smertelindrende effekt, men kan også være forbundet med bivirkninger som sløvhed og kvalme.</p> <p><u>Effekt af smertelindring:</u></p> <p>1,2) Opsummeret er der signifikant forskel mellem i otte ud af 24 studier om behandling med parenteral opiod (petidin) eller placebo/ingen behandling, anden type opiod eller ikke-farmakologisk lindring i forhold til effekt af smertelindring angivet under fødsel. De resterende grupper viste ingen klar forskel mellem grupperne.</p> <p><u>Tilfredshed med smertelindring:</u></p>

Den latente fase af fødslen

Studie	Design	Population	Resultater
<p>'Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews'.⁵</p> <p>Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z et al., Cochrane Database of Systematic Reviews 2012</p>	<p>Overblik over systematisk reviews Inklusion af alle systematiske reviews af randomiserede kontrollerede forsøg om smertelindring under fødsel inkl. "early stage".</p> <p>Endemål: <u>Assisted vaginal birth</u> <u>Sectio</u> <u>Smertelindring</u></p>	<p>Gravide med intenderet vaginal fødsel. 1) Parental opioid vs placebo/ingen behandling 2) Parenteral opioid vs ikke-farmakologisk., lindring.</p>	<p>1,2) Tilfredshed med smertelindring var ikke angivet i de fleste studier. Hvor det var angivet, var tilfredsheden ikke entydig.</p> <p><u>Maternelle bivirkninger:</u></p> <p>1,2) Opioid smertelindring var relateret til kvalme, opkastning og sløvhed. Forskellige typer opioid var relateret til forskellige typer bivirkninger. Der var ikke sufficient evidens til vurdering af sikkerhed af opioidanvendelse under fødsel.</p> <p>Resultater</p> <p>Inklusion af 15 Cochrane reviews, ni non-farmakologiske reviews og seks farmakologiske reviews, af i alt 310 studier.</p> <p><u>Assisted vaginal birth:</u></p> <p>1) Ingen evidens for signifikant forskel mellem behandling med parenteral opioid (petidin) og placebo/ingen behandling: 1 studie (n=50)</p> <p>2) Ingen evidens for signifikant forskel mellem behandling med parenteral opioid og ikke-farmakologisk lindring: 1 studie (n=200)</p> <p><u>Sectio:</u></p> <p>1) Ingen evidens for signifikant forskel i risiko for sectio mellem anvendelse af parenteral opioid (petidin) og placebo/ingen behandling: 1 studie (n=50)</p> <p><u>Smertelindring:</u></p> <p>1) Evidens for signifikant forskel i smertelindring mellem anvendelse af parenteral opioid (petidin) og placebo/ingen behandling: 1 studie (n=50) RR 25.00, 95% CI 1.56-400. CI er meget bred.</p>

PICO 3 C Er der effekt af at tilbyde farmakologisk lindring (fraset epidural) i den latente fase, set ud fra barnets perspektiv?

Anbefaling

Det er god praksis at tale med kvinderne om farmakologisk smertelindring i den latente fase. Hvis farmakologisk smertelindring ud over paracetamol anvendes, bør man primært vælge præparater med kort halveringstid og i lav dosering. Den sløvende effekt af morfika og benzodiazepin forstærkes, når præparaterne gives samtidig.

Information til kvinden

Kvinden skal oplyses om den smertestillende effekt samt bivirkninger ved lægemidlerne generelt blandt andet kvalme ved morfika hos kvinden samt sløvende effekt og evt respirationshæmning hos nyfødte ved brug af morfika og benzodiazepin.

Morfika og benzodiazepiner anbefales ikke til spædbørn og koncentrationen i navlesnorblod er det samme som i mors blod.

Virkningsvarigheden kan være længere i det nyfødte barn end hos voksne.

Anbefaling

Tilkald af børnelæge, anbefaling

Det er god praksis, at advisere en børnelæge, såfremt barnet fødes mindre 4 timer efter kvinden har fået morfika og/eller benzodiazepin.

Det er god praksis at hvis der tilkaldes en børnelæge (uanset årsag til dette) og hvis kvinden har fået farmakologisk lindring ud over paracetamol i latensfase at informere børnelægen om midler, dosis og tidspunkt.

Den latente fase af fødslen

Baggrund:

Der henvises i øvrigt til DSOG guideline fra 2016 ”Smertebehandling af gravide med akutte og kroniske smerter ”

En spørgeskemaundersøgelse foretaget i 2017, hvor 18 (95%) af 22 fødesteder med 61.235 fødsler i Danmark har svaret på, om man tilbyder en kombination af farmakologisk lindring i den latente fase. Kombinationer er kendt som ”cocktail/fødecocktail/sovesæt/fødesæt” og indeholder forskelligt farmakologisk indhold, og gradueres som ”lille, medium og stor størrelse”. Farmakologisk lindring gives ifølge spørgeskemaundersøgelsen til mellem 4.6 og 21% af alle fødende i Danmark. Effekten på de nyfødte børn af den farmakologiske lindring i latensfasen er ikke kendt.

Overordnet set indeholder cocktails

- 1) Paracetamol
- 2) Morfika (kodein eller morfin)
- 3) Benzodiazepin (halcion, thiazolam, zolpidem, zonoct, imoclone eller oxazepam)
- 4) Tocolytica (bricanyl, nifedepin)

De forskellige fødesteder i Danmark har deres egne sammensætninger, men de fleste indeholder de første tre elementer i en eller anden form. Flere steder kan hele eller dele af den farmakologiske lindring gentages ved behov. Medicinen kan administreres p.o., i.v eller i.m

Præparaterne gives ifølge svarene på spørgeskemaundersøgelsen i nedenstående doseringer og har ifølge promedicin.dk følgende halveringstider hos ikke-gravide voksne. Halveringstiden og virkningsvarigheden hos nyfødte er ikke kendt, men sandsynligvis længere.

Den CNS-deprimerende virkning (bl.a. øget sedation og respirationsdepression) forstærkes, når morfika og benzodiazepin gives samtidig.

Den latente fase af fødslen

Codein bør ikke anvendes, da der er stor forskel på effekten hos den enkelte, pga. forskelle i metaboliseringshastighed. Slow metabolizers udgør ca. 10 % af den danske befolkning. Slow metabolizers har ingen eller insufficient effekt af kodein som analgetikum. Ultra rapid metabolizers forekommer meget vekslende blandt forskellige befolkningsgrupper;. Ultra rapid metabolizers risikerer morfinoverdosering pga. hurtig omdannelse til den aktive metabolit morfin.

Halveringstider hos ikke-gravide voksne (fra pro.medicin.dk)

- 1) Paracetamol: Paracetamol (1 g p.o $T_{1/2}$ = 2-4 timer, virkningsvarighed 4-6 t)
- 2) Morfika: Kodein (50 mg p.o omdannes i leve, og svt 5 mg morfin oralt) Morfin (10 mg i.v/ $T_{1/2}$ = 2-3 t., virkningsvarighed 4-5 timer). Morfin administreret i.v/i.m er op til 3 gange mere potent end morfin administreret p.o
- 3) Benzodiazepiner: triazolam (0.0125 mg p.o./ 0.25 mg p.o., $T_{1/2}$ = 2-3 t, virkningsvarighed 5-8 timer) Zolpidem (10 mg p.o., $T_{1/2}$ = 2-3 timer, virkningsvarighed 6-7 timer, men risiko for dødsghed dagen efter) zopiclone (7,5 mg p.o $T_{1/2}$ =5 t, virkningsvarighed 6-8-12 timer) Oxazepam (15 mg p.o, $T_{1/2}$ 8-15 t, virkningsvarighed 36-48 timer)
- 4) Tocolytica: Bricanyl/terbutalin (0.25 mg i.m $T_{1/2}$ = 4-6 timer, virkningsvarighed 6 timer) og Adalat/nifedipin (10 mg/20 mg p.o $T_{1/2}$ = 2-5 t, virkningsvarighed 24 timer)

Passage af placenta/påvirkning af det nyfødte barn (fra pro.medicin.dk)

- 1) Paracetamol kan anvendes.
- 2) Morfika passerer let placenta. Ved anvendelse lige før og under fødslen er der risiko for påvirkning af det nyfødte barn i form af respirationsdepression.
- 3) Benzodiazepiner: Der er meddelelser om neonatal påvirkning (sedation, hypotoni og respiratorisk distress) ved anvendelse sent i graviditeten/tæt på fødslen.
- 4) Bricanyl: Føtal takykardi kan forekomme ved høj systemisk dosering. Neonatal hypoglykæmi er set ved systemisk anvendelse sidst i graviditeten.

Litteraturgennemgang

Vi har ikke fundet studier, der sammenligner administration af en form for cocktail eller sovesæt – eller morfin – med ”ingen behandling”.

Gennemgang af evidens

I et amerikansk retrospektivt studie fra 2014 sammenlignede man udkomme mellem 58 kvinder, der alle havde fået ”morphine sleep” (median 20 mg morfin i.v/ i.m., - morfin og kvalmestillende medicin kunne evt. gentages), hvor de efter søvnen enten blev sendt hjem (fordi de stadig var i den latente fase) eller var gået videre i fødsel. Der var ingen signifikant forskel i neonatal påvirkning (i form af enten indlæggelse på neonatalafdelingen, Apgar \leq 3/1 eller \leq 7/5 eller tegn på føtal distress i form af påvirket hjerterytme) 21 vs 26% imellem at blive sendt hjem eller være gået videre i fødsel. (1).

I et svensk randomiseret studie blev førstegangsfødende (n=129), der alle havde latensfase >18 timer ved forsøgsstart, tildelt 1 g paracetamol, 10 mg zolpidem og 10 mg morfin i.m. (altså svarende til indholdet i danske cocktail/sovesæt), og derefter randomiseret til enten at blive vækket og sat i gang efter 5 timers hvile eller til at få lov at hvile så længe de ville. Der er en trend mod højere risiko for sectio i den afventende gruppe (23% hhv 37%). Risikoen for sectio var overordnet mere end dobbelt så høj hos de forsøgsdeltagende, som generelt for førstegangsfødende på det pågældende hospital (10%). Ydermere var der 12800 førstegangsfødende på hospitalet i studie perioden. Det er ikke opgjort hvor mange der oplevede forlænget latensfase, men et betragtelig del af relevante deltagere er enten ikke blevet spurgt eller har ikke ønsket at deltage. Der var ikke forskel på neonatale outcomes mellem grupperne. Et barn fik Apgar < 7/ 5 og i alt 3 børn havde behov for indlæggelse på neonatalafsnittet i løbet af de første to dage efter fødslen (2).

I et lille finsk prospektivt, open label observationsstudie fra 2012 sammenlignes fødselsomstændigheder og det nyfødte barn i en gruppe af 15 førstegangsfødende, der har fået oxycodon i refrakte doser i første fase af fødslen med en gruppe på 30 førstegangsfødende, der har haft normale fødsler og ikke fået oxycodyn. I studiet blev givet 1 mg oxycodon ad gangen op til i alt 5 mg. Forskerne fandt at oxycodon blev omsat hurtigere af gravide kvinder sammenlignet med det forventede og at barnets serumværdi af oxycodon (i NS-blod) var ligesom moderens serumværdi. De fandt ingen alvorlige eller uventede ”adverse events” (3).

Den latente fase af fødslen

Et svensk studie af 5797 kvinder viste at blandt de ca. 20% af kvinderne, der henvendte sig på hospitalet i den latente fase og blev på hospitalet, var der signifikant øget risiko for sectio, epidural og for at få et barn med lav Apgar score (<7 ved 5 minutter) sammenlignet med kvinder som tog hjem i den latente fase hos førstegangsfødende, men ikke hos flergangsfødende (4). Et amerikansk studie af 10.979 kvinder hvor 6.5% havde forlænget latensfase viste at kvinder med forlænget latensfase havde øget risiko for feber, epidural, grønt vand, langvarig vandafgang, sectio, øget behov for neonatal genoplivning samt hyppigere Apgar<7 efter 5 min. Ved lang latensfase var behandlingen "sedation" or "augmentation"(5).

Et Cochrane-review fra 2012 af brugen af antispasmodika tyder svagt på at brug af antispasmodika kan forkorte fødslens varighed. Hvorvidt medicinen er sikker for mor og barn er dog dårligt belyst (6).

Overvejelser:

Man kunne overveje, om en af grundene til at der ses påvirkede børn er noget af den medicin, der tilbydes kvinden som smertelindring. Bortset fra paracetamol er den medicin, som indgår i sovesæt og cocktails ikke noget som anbefales til børn. Benzodiazepiner og morfika forstærker hinandens virkning og virkningsvarigheden kan være længere i det nyfødte barn end hos voksne.

Så før man administrerer farmakologisk lindring, bør man overveje:

- Er medicin nødvendig eller kan anden behandling virke lindrende?
- Er det nødvendigt at anvende "hele pakken" eller kan fx paracetamol alene lindre?
- Er mor/forældrene ordentlig informeret om hvad det er for noget medicin sovesæt og cocktails indeholder, og hvilken effekt det kan have på det ufødte/nyfødte barn?
- Er det realistisk at medicinen kan nå at "brænde af" før barnet fødes?
- Er der indikation for at anvende benzodiazepiner, bør præparater med kort halveringstid foretrækkes.
- Er det nødvendigt at overvåge barnet efter fødslen (risiko for respirationsdepression (morfika og sovemedicin) og lavt blodsukker, (bricanyl))?

Den latente fase af fødslen

- Litteraturen er sparsom, men tyder på at farmakologisk lindring i latensfasen øger risikoen for sectio og at morfin i høj dosering øger risikoen for barnet.
- Har man administreret farmakologisk lindring ud over paracetamol i latensfasen, bør der automatisk gives besked herom, hvis barnet skal ses af børnelæge.

PICO 4 Er der effekt af at tilbyde gravide induktion frem for at afvente spontan fremgang i den latente fase?

P: Gravide kvinder, som henvender sig med smertefulde kontraktioner til termin (37+0 til 41+6) uden vandafgang, som ikke har tidligere kejsersnit, venter ét barn i hovedstilling, og som ikke vurderes at være i aktiv fødsel

I: Induktion/igangsættelse i den latente fase

C: Afventende tilgang

O: Perinatal død, maternal død, sectio, pH<7,10, Apgar <7/5, neonatal indlæggelse, patienttilfredshed, fødselsoplevelse, instrumentel forløsning, blødning, ammeetablering, ammevarighed, efterfødselsreaktion, epidural, bristning grad 3-4, fødsels længde, dilatation ved ankomst, fødsels før ankomst til hospital

Anbefaling

Det er god praksis at foretage en individuel vurdering af det enkelte fødselsforløb forud for beslutning om den videre håndtering af latensfasen (induktion vs afventning).

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for hverken at inducere eller afvente spontant forløb, når kvinden henvender sig i den latente fase af fødslen, men at kvinder som opholder sig hjemme i latensfasen har større sandsynlighed for fødsel uden indgreb.

Gruppens overvejelse

Graden af evidensen for at anbefale enten induktion eller at afvente spontant forløb i den latente fase anses for lav. Dette skyldes dels at den latente fase er dårligt defineret, at de studier, der findes, ikke er store nok til at undersøge neonatale outcomes og der er meget få studier, som undersøger om der er forskel på induktion eller spontan tilgang i den latente fase.

Baggrund

Det overvejes ofte i klinikken om en kvinde i latensfasen skal anbefales at afvente et spontant forløb, eller om det ville bedre fødselsforløbet at hun bliver induceret ved enten amniotomi eller oxytocindrop. Gennem systematisk søgning er det lykkedes gruppen at finde 2 randomiserede studier.

Litteratur/Gennemgang af evidens

Vi fandt 2 randomiserede studier med formålet at sammenligne tidlig induktion med at afvente spontan fødsel hos gravide i den latente fase.

Et randomiseret svensk studie fra 2014 (1) sammenlignede tidlig induktion med afventende tilgang hos førstegangsfødende i den latente fase. Studiet blev udført på en enkelt obstetrisk afdeling i Sverige (ca. 6400 fødsler årligt). Studiet inkluderede fødende i perioden juni 2007 til maj 2012. Raske, førstegangsfødende, med hovedstilling, til GA 37+0-41+6 kunne inkluderes. Inklusion: Kontraktioner, som forstyrrede evnen til at hvile, gennem 18 timer, orificium <4 cm og intakte membraner. Kvinderne blev randomiseret til enten tidlig induktion eller afventende behandling. Kvinderne i begge grupper forblev på hospitalet og fik "therapeutic rest" i form af "tablet paracetamol 1g, tablet zolpidem 10 mg og inj morfin 10 mg im" I gruppen med tidlig induktion blev kvinderne vækket efter 5 timer og induktion blev udført hos de kvinder, der forsat var i den latente fase.

Induktion blev foretaget ved enten stimulation med prostaglandin E2 (dinoprostone), ballonkateter eller amniotomi, hvis dette var uden effekt, da oxytocindrop. I den afventende gruppe sov kvinderne så længe, de kunne og induktion blev i denne gruppe gennemført på maternal request eller hvis enten jordemoder eller læge vurderede, at der var indikation for indgreb. Studiets primære outcome var fødselsmåde, og de sekundære inkluderede fødselsoplevelse, varighed, forbrug af smertestillende, oxytocinforbrug i den aktive fase, pp blødning og antallet af sphincter-rupturer. Der blev også registreret neonatale outcomes; 5-min Apgar score, navlesnors pH, fødselsvægt, hovedomkreds og indlæggelse på neonatal afdeling. 138 kvinder blev inkluderet og randomiseret. Analysen inkluderede 129 kvinder, hhv. 65 (induktionsgruppen) og 64 i (afventende gruppe). Der var ikke signifikant forskel på antallet af sectio i de to grupper. Der var heller ikke signifikant forskel på behov for analgetika eller oxytocinstimulation i den aktive fase. Kvinder i den afventende gruppe

Den latente fase af fødslen

havde brug for signifikant mere smertestillende inden den aktive fase. Der var ingen forskelle på neonatale outcomes eller fødesoplevelse..

Et studie fra Israel, 2010 (2) randomiserede 213 kvinder med en forlænget latensfase til enten tidlig amniotomi (gruppe 1), oxytocindrop (gruppe 2) eller både amniotomi og oxytocindrop (gruppe 3). Kvinder med tidligere eller aktuelle obstetriske komplikationer som sectio, abruptio, svær præeklampsi, makrosomi (>4000g), blev ekskluderet. Forlænget latensfase var defineret som tiden fra start af regelmæssige kontraktioner og påvirkning af cervix til den aktive fases begyndelse (orificium>4 cm). En fjerde gruppe blev brugt til kontrol, og bestod af kvinder, som blev indlagt i den latente fase, men som havde en spontan progression. Primær outcome var tiden fra tidlig stimulation til fødselstidspunktet. Sekundære outcomes var; længde af den aktive fase, længde af første og andet stadie af fødslen, forløsningsmåde, maternel feber, brug af antibiotika, blødning post partum, sphincterruptur, Apgar Score og tilfredshed.

Resultaterne viste at gruppen der fik både amniotomi og oxytocindrop fødte signifikant hurtigere end de andre to grupper. Studiet var ikke powered til at detektere en forskel i maternelle og neonatale outcomes mellem grupperne. Evidensen vurderes som moderat til lav pga. kontrolgruppen ikke fremkom via randomisering, og risiko for selektionsbias. Studiet svarer ikke direkte på spørgsmålet og en af interventionerne (amniotomi og oxytocindrop brugt samtidig anses ikke som god klinisk praksis i Danmark).

PICO 5 Er der effekt af at tilbyde kvinderne induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling i latensfasen?

P: Gravide kvinder, som henvender sig med smertefulde kontraktioner til termin (37+0 til 41+6) uden vandafgang, som ikke har tidligere kejsersnit, venter ét barn i hovedstilling, og som ikke vurderes at være i aktiv fødsel

I: Induktion/igangsættelse i den latente fase

C: Non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling

O: Perinatal død, maternal død, sectio, pH<7,10, Apgar <7/5, neonatal indlæggelse, patienttilfredshed, fødselsoplevelse, instrumentel forløsning, blødning, ammeetablering, ammevarighed, efterfødselsreaktion, epidural, bristning grad 3-4, fødsels længde, dilatation ved ankomst, fødsels før ankomst til hospital

Anbefaling

Det er god praksis at foretage en individuel vurdering af det enkelte fødselsforløb forud for beslutning om den videre håndtering af fødslen, når kvinden henvender sig i fødsels latente fase.

Information til kvinden

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation hverken for eller imod induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling. Ved behandling med farmakologisk smertelindring, er det god praksis, at kvinden informeres om bivirkninger herved.

Evidens

Der foreligger meget begrænset evidens omhandlende effekten af induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling i fødsels latente fase. Der foreligger et enkelt randomiseret studie (1), der sammenligner farmakologisk lindrende

Den latente fase af fødslen

behandling og herefter afventende håndtering af fødslen med farmakologisk lindrende behandling og tidlig induktion (efter fem timer). Der foreligger således ingen god evidens for spørgsmålet om, hvorvidt det kan anbefales at inducere fødslen i forhold til at iværksætte lindrende tiltag i latensfasen.

Kliniske rekommandationer

Gruppen finder det ikke rimeligt at komme med en reel anbefaling på baggrund af litteraturen. Dette begrundes i den meget sparsomme evidens, hvor der vurderes at være betydelig risiko for bias af resultaterne. Det anbefales derfor, at der foretages en individuel vurdering af det enkelte fødselsforløb forud for beslutning om den videre håndtering af fødslen, når kvinden henvender sig i fødselens latente fase. Kvinden bør informeres om, at der ikke foreligger evidens hverken for eller imod induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling. Ved behandling med farmakologisk smertelindring, bør kvinden informeres om bivirkninger herved. Det må tages med i overvejelserne, at kvinder der indlægges i latensfasen oftere oplever indgreb i fødslen som fx stimulation med oxytocin og sectio (2–4).

SoF-tabel: Induktion sammenlignet med non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling til kvinder der henvender sig fødselens latente fase

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	induktion	non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Sectio												
1	randomised trials	very serious 1,a	not serious	not serious	not serious	none	15/65 (23.1%)	24/64 (37.5%)	OR 2.00 (0.93 to 4.31)	17 more per 100 (from 2 fewer to 35 more)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
pH < 7,10												

Den latente fase af fødslen

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance	
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	induktion	non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)			
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	serious ^b	very serious ^{b, c}	none	I studiet angives arteriel acidose i NS-blod som pH under/= 7,0 og base excess under/= -12; Induktion 0 vs. Afventende 1 (data tilgængelige fra 110/129 fødsler). Mean NS-pH +/- SD (median). Induktion 7,23 +/- 0,09 (7,25) vs. Afventende 7,25 +/- 0,08 (7,3), p = 0,39.				⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL	
Apgar < 7/5 min													
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	very serious ^c	none	0/65 (0.0%)	1/64 (1.6%)	not estimable			⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Neonatal indlæggelse													
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	very serious ^c	none	2/65 (3.1%)	1/64 (1.6%)	OR 0.50 (0.04 to 5.66)	1 fewer per 100 (from 1 fewer to 7 more)		⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Fødselsoplevelse (assessed with: W-DEQ version B)													
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	not serious	none	Fødselsoplevelse blev målt på Wijma Delivery Experience Questionnaire (score fra 0 til 165) to dage efter fødslen. Mean +/- SD (median/range). Induktion 68 +/- 23 (69/25-146) Afventende 68 +/- 25 (63/16-127), p = 0,89				⊕⊕○○ LOW	CRITICAL	
Instrumentel forløsning													
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	not serious	none	12/64 (18.8%)	6/64 (9.4%)	OR 0.46 (0.16 to 1.30)	5 fewer per 100 (from 2 more to 8 fewer)		⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
Blødning > 1000 ml													

Den latente fase af fødslen

Certainty assessment							Nº of patients		Effect		Certainty	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	induktion	non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^d	none	4/65 (6.2%)	4/64 (6.3%)	OR 1.02 (0.24 to 4.25)	0 fewer per 100 (from 5 fewer to 16 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Oxytocin												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	not serious	none	57/65 (87.7%)	57/64 (89.1%)	OR 1.14 (0.39 to 3.36)	1 more per 100 (from 7 more to 13 fewer)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
Epidural												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	59/65 (90.8%)	58/64 (90.6%)	OR 0.98 (0.30 to 3.23)	0 fewer per 100 (from 6 more to 16 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
Bristning gr. 3 eller mere												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^d	none	2/51 (3.9%)	5/40 (12.5%)	OR 3.50 (0.64 to 19.09)	21 more per 100 (from 4 fewer to 61 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Fødsels længde (assessed with: timer)												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	not serious	none	Varighed fra "medication for therapeutic rest" til aktiv fase. Mean antal timer +/- SD (median). Induktion 10 +/- 5,9 (9) Afventende 18 +/- 13 (14) p < 0,00. Varighed fra start aktiv fase til fødsel i antal timer. Mean antal timer +/- SD (median/range). Induktion 8,4 +/- 4,6 (7/2-27) Afventende 9,0 +/- 3,9 (8/3-19) p = 0,44			⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT	

Den latente fase af fødslen

Certainty assessment							Nø of patients		Effect		Certainty	Importance
Nø of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	induktion	non-farmakologisk/farmakologisk lindrende behandling	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Fødsel før ankomst til hospital - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efterfødselsreaktion - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patienttilfredshed - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ammeetablering (ja/nej) - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ammevarighed - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maternel død - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neonatal død - not measured												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Explanations

- Styrkeberegning er overvejende baseret på gæt, hvilket medfører betydelig risiko for, at studiets resultater ikke viser den reelle effekt af hverken smertelindring eller tidlig induktion.
- I studiet angivet arteriel acidose i NS-blod som pH \leq 7,0 og base excess \leq -12 (data tilgængelig fra 110/129 fødsler). Mean NS-pH +/- SD (median) Induktion 7,23 +/- 0,09 (7,25) vs. Afventende 7,25 +/- 0,08 (7,3), $p = 0,39$.
- Meget få events, forventeligt mere præcist resultat med større sample-size.
- Få events, forventeligt mere præcist resultat med større sample-size.
- Opgjort som antallet af epidural/spinal samlet.

Implementering:

Monitorering:

Referenceliste

Baggrund

1. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, m.fl. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. december 2016 [henvist 6. december 2018];16(1). Tilgængelig hos: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0857-4>
2. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. Midwifery. januar 2013;29(1):10–7.
3. Maimburg R, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process: Randomised trial of structured antenatal training sessions. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. juli 2010;117(8):921–8.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). Intrapartum care for healthy women and babies. [Internet]. 2014 [henvist 6. december 2018]. Tilgængelig hos: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
5. Friedman EA. Labor; clinical evaluation and management. First Edition. University of Michigan: Appleton-Century-Crofts; 1967.
6. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. Obstet Gynecol. november 1985;66(5):644–8.
7. Hildingsson I, Blix E, Hegaard H, Huitfeldt A, Ingversen K, Ólafsdóttir ÓÁ, m.fl. How Long Is a Normal Labor? Contemporary Patterns of Labor and Birth in a Low-Risk Sample of 1,612 Women from Four Nordic Countries. Birth. december 2015;42(4):346–53.

Den latente fase af fødslen

8. Ängeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojö A-K. Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population. *Journal of Midwifery & Women's Health*. januar 2018;63(1):33–44.
9. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol*. april 1993;81(4):486–91.
10. Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural Eating Behavior in Latent Labor and Its Effect on Outcomes in Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. januar 2006;51(1):e1–6.
11. Janssen PA, Weissinger S. Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. december 2014 [henvist 31. august 2018];14(1). Tilgængelig hos: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-182>
12. Lundgren I, Andrén K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. december 2013;4(4):141–6.
13. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*. august 2018;31(4):313–8.
14. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. januar 2014;59(1):28–34.
15. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*. januar 2013;29(1):10–7.
16. Janssen PA, Desmarais SL. Women's experience with early labour management at home vs. in hospital: a randomised controlled trial. *Midwifery*. marts 2013;29(3):190–4.
17. Eri TS, Bondas T, Gross MM, Janssen P, Green JM. A balancing act in an unknown territory: a metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*. marts 2015;31(3):e58-67.
18. Carlsson I-M, Hallberg LR-M, Odberg Pettersson K. Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: a grounded theory study. *Midwifery*. april 2009;25(2):172–80.

Den latente fase af fødslen

19. Beake S, Chang Y-S, Bick D. Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*. 2018.

PICO 1

1. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: 2013.
2. Excellence NIfHaC. *Intrapartum care for healthy women and babies*. Online access, Niceorguk. 2014, updated 2017:89.
3. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD002869.
4. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010;59(3):194-202.
5. Escott D, Slade P, Spiby H, Fraser RB. Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery*. 2005;21(3):278-91.
6. Maimburg RD, Vaeth M, Durr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010;117(8):921-8.
7. Lauzon L, Hodnett E. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000(2):CD000935.

PICO 2

1. NICE Guideline 2014 (Update 2017) *Intrapartum Care*
2. Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012,
3. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3.
4. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M.

Den latente fase af fødslen

Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3.

5. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM.

Acupuncture or acupressure for pain management in labour.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7.

6. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 16;5:CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.

7. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP.

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.

PICO 2F

1. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for painmanagement in labour.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007214.

PICO 3A

1. Bang, U. & Bødker, B. Fødeepidural : Epidural analgesi til vaginal fødsel. Klinisk Guideline. 1–30 (2011).
2. Ohel, G., Gonen, R., Vaida, S., Barak, S. & Gaitini, L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: Does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. Am. J. Obstet. Gynecol.194, 600–605 (2006).
3. Wang, F., Shen, X., Guo, X., Peng, Y. & Gu, X. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: A five-year randomized controlled trial. Anesthesiology111, 871–880 (2009).
4. Wong, C. A. et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N. Engl. J. Med.352, 655–665 (2005).
5. Sng, B., Leong, W., Zeng, Y. et al.,. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour (Cochrane Review). (Assessed as up-to-date: 12 February 2014). (2014).

PICO 3B

1. Kokki M, Franco MG, Raatikainen K, Valitalo P, Sankilampi U, Heinonen S, et al. Intravenous oxycodone for pain relief in the first stage of labour--maternal pharmacokinetics and neonatal exposure. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2012 Sep;111(3):182-188.
2. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol* 1993 Apr;81(4):486-491
3. Redshaw M, Henderson J. *Safely delivered: a National Survey of Women's Experience of Maternity care 2014*. Oxford: The National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2015.
4. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z et al., Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234.
5. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour..*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 6. Art. No.: CD007396.
6. Weibel S, Jelting Y, Afshari A, Pace NL et al., Patient-controlled analgesia with remifentanyl versus alternative parental methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011989.

PICO 3C

- (1) Mackeen AD, Fehnel E, Berghella V, Klein T. Morphine sleep in pregnancy. *Am J Perinatol* 2014 Jan;31(1):85-90.
- (2) Brane E, Olsson A, Andolf E. A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014 Oct;93(10):1042-1049.
- (3) Kokki M, Franco MG, Raatikainen K, Valitalo P, Sankilampi U, Heinonen S, et al. Intravenous oxycodone for pain relief in the first stage of labour--maternal pharmacokinetics and neonatal exposure. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2012 Sep;111(3):182-188.
- (4) Lundgren I, Andren K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour--frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sex Reprod Healthc* 2013 Dec;4(4):141-146.
- (5) Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol* 1993 Apr;81(4):486-491.
- (6) Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jun 5;(6):CD009243. doi(6):CD009243.

PICO 4

1. Breane E, Olsson A, Andolf E. A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2014(93):1042–1049.
2. Nachum Z, Garmi G, Salim R. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2010(8).

PICO 5

1. Bräne E, Olsson A, Andolf E. A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. oktober 2014;93(10):1042–9.
2. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*. august 2018;31(4):313–8.
3. Lundgren I, Andrén K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. december 2013;4(4):141–6.
4. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. januar 2014;59(1):28–34.

Appendikser:

Appendiks 1: COI for forfattere og reviewere

Ingen af forfatterne har conflicts of interest i håndtering af latensfasen

Appendiks 2: Søgeprofiler

Søgeprofil PICO 1

Litteratursøgning afsluttet den 26.10.18

Databaser systematisk søgt i for referencer: Pubmed, Embase, Cinahl, Cochrane Library samt Google Scholar for internationale guidelines.

Assistance i litteratursøgningen fra forskningsbibliotekar Vibeke Witt, Rigshospitalet

Søgetermer: Antenatal education, Antenatal preparation, Antenatal training, antenatal classes, antenatal course, Childbirth education, Childbirth preparation, Childbirth training, Childbirth classes, Childbirth course, prenatal education, prenatal preparation, prenatal training, prenatal classes, prenatal course, patient education, latent phase of labor, latent phase labor, latent labor, first stage labor, early labor
Søgeordene er kombineret med AND og OR og er søgt både som fritekst og som emneord og MESH-termer

Tidsperiode: 1990 – present.

Sprogområde: Engelsk, dansk, svensk, norsk, tysk

Typer af studier: Alle relevante studier, der videnskabeligt adresserer PICO spørgsmålet. Prioriteres i rækkefølgen RCT, systematiske reviews, prospektive kohorte studier, resten.

Udvalg af studier

Den latente fase af fødslen

Søgningen i de videnskabelige databaser gav 998 unikke titler.

En grovsortering af titler og abstracts hvor titler uden relation til spørgsmålet ekskluderede 934 titler. 34 titler gik videre til fuldtækstlæsning hvor 29 titler der ikke hverken direkte eller indirekte besvarede PICO spørgsmålet blev ekskluderet.

De resterende 3 titler inkluderes i guidelinen (3-7).

En gennemgang af referencer i gennemgåede studier gav 1 titel yderligere til inklusion i denne guideline (6).

Identifikation af evt. internationale guidelines/Reviews

Der er søgt efter guidelines/anbefalinger for håndtering af fødselsens latente fase; International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Royal College of Midwifery (RCM), Guidelines International Network (G-I-N), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, Statens Beredning För Medicinsk och Social Utvärdering, Socialstyrelsen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Sundhedsstyrelsen (NKR) og Cochrane Library.

The Royal College of Midwifery (RCM) har i 2012 udgivet guidelinen Evidence based Guidelines for Midwifery Care in Labour, Latent Phase. I denne guideline behandles fødselsens latensfase herunder også fødselsforberedelse. Desværre kan der ikke opnås adgang til bilag og evidensvurdering bag guidelinegruppen, hvorfor vi ikke har taget denne med i yderligere betragtning. Det forudsættes herudover, at de samme emner er berørt i NICE-guideline.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har i 2014 (Opdateret 2017) udgivet guidelinen Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth (2). I denne guideline behandles fødselsens latente fase herunder hvilke interventioner kvinder bør anbefales til at støtte dem i denne fase. Guidelinen behandler ikke direkte PICO 1, men mere generelt interventioner, der kan

Den latente fase af fødslen

støtte kvinder i den latente fase. Fødselsforberedelse inddrages i guidelinen til bedre at ruste patienten til at kunne vurdere, hvornår fødslen er aktiv.

Der fandtes ingen andre relevante guidelines, der kunne bidrage til besvarelsen af PICO-spørgsmålet.

Derudover fandtes der i Cochrane Library to systematiske reviews, der delvist adresserede PICO-spørgsmålet (3, 8), og som ligeledes er inddraget i gruppens overvejelser i forhold til kliniske rekommandationer.

Evidensgradering

Studierne er gennemgået systematisk med GRADEs principper for evidensgradering. Der er anvendt GradePro som værktøj til udfærdigelse af evidenstabeller.

NICE guideline er gennemgået systematisk ud fra AGREEs principper for guideline-bedømmelse. Der er anvendt AGREEII's onlineværktøj til dette.

Søgeprofil PICO 2

Der er søgt i databasen Pubmed

Tidsperiode 18-21/10-18

Studiedesign Alle relevante studier, der videnskabeligt adresserer PICO spørgsmålet.

Litteratursøgningen er afsluttet 21/10-18

Sprog: Engelsk og nordiske sprog

Søgeord: (("latent phase") OR "early labor") OR "early labour") OR "labor onset") OR "labour onset") OR childbirth*) OR "early labor management")) AND (("telephone triage") OR "vaginal examination") OR "face to face assessment") OR "breathing exercises") OR water) OR massage) OR aromatherapy) OR yoga) OR acupressure) OR rebozo) OR hypnosis) or zonetherapy)) OR "eating") OR music) OR "birth attendants") OR "nonpharmalogical")) AND "standard care"

Den latente fase af fødslen

Resultat af søgning: Vi fandt 18 studier; 8 studier blev ekskluderet ud fra abstract og 5 efter gennemlæsning; 4 studier blev fundet fra referencer, resulterende i samlet 8 studier, der alle var Cochrane reviews. Endvidere fandt vi en NICE guideline fra 2014 (Update 2017) om Intrapartum Care.

Søgeprofil PICO 3A

Databaser systematisk søgt i for referencer: Pubmed og Embase.

Sprog: engelsk og dansk

Søgetermer: Labor, obstetric, obstetric labor, Latent phase of labor, early stage of labor, drug effect, analgetics, analgesia epidural, obstetrical analgesia, analgesia, obstetric, maternal death, perinatal death, cesarean section, vacuum extraction obstetric, obstetric surgical procedure, assisted vaginal delivery, length of labor, length of labour, caesarean section.

Termer er søgt kombineret OR og AND og søgt både i MeSH og Textword, se skema.

MeSH terms		Textword
Aspect 1		
Labor, obstetric	OR	Labor, obstetric Obstetric labor Latent phase of labor Early stage of labor
AND		
Aspect 2		

Den latente fase af fødslen

Drug effect Analgetics Analgesia epidural	OR	Drug effect, analgetics, analgesia epidural, obstetrical analgesia, analgesia, obstetric
AND		
Aspect 3		
Maternal death Perinatal death Cesarean section Vacuum extraction, obstetric Obstetric surgical procedure	OR	maternal death, perinatal death, cesarean section, vacuum extraction obstetric, obstetric surgical procedure, assisted vaginal delivery, length of labor, length of labour, caesarean section

Udvælgelse af relevante artikler:

Artikler der beskriver sammenligning af epidural initieret i den latente fase af fødslen, sammenlignet med epidural initieret i det aktive stadie af fødslen.

PubMed n= 386 og Embase n= 38 I alt n = 424. Artikler ekskluderet n = 408 herunder 3 dubletter. Grovsortering på baggrund af abstract abstract N= 17

Søgeprofil PICO 3B

Litteratursøgning afsluttet den 17.11.18. Tidsperiode: 1990 - present.

Der er søgt i PubMed på kombinationer af følgende MeSH termer: Labor, obstetric, early stage, early first stage AND analgesic, acetaminophen, anxiolytics, drug effect morphine, nifedepin, opioid, oxazepam, terbutalin, therapeutic rest, triazolam, zonoct, zoplicon AND assisted vaginal birth, cesarean section, instrumental delivery,

Den latente fase af fødslen

maternal death, obstetrical surgical procedure, perinatal death, vacuum extraction (12.457 hits, her af 87 reviews)

Søgningerne blev begrænset til engelsksprogede artikler. Der er desuden søgt i Cochrane Library (7 hits), samt Google Scholar for internationale guidelines.

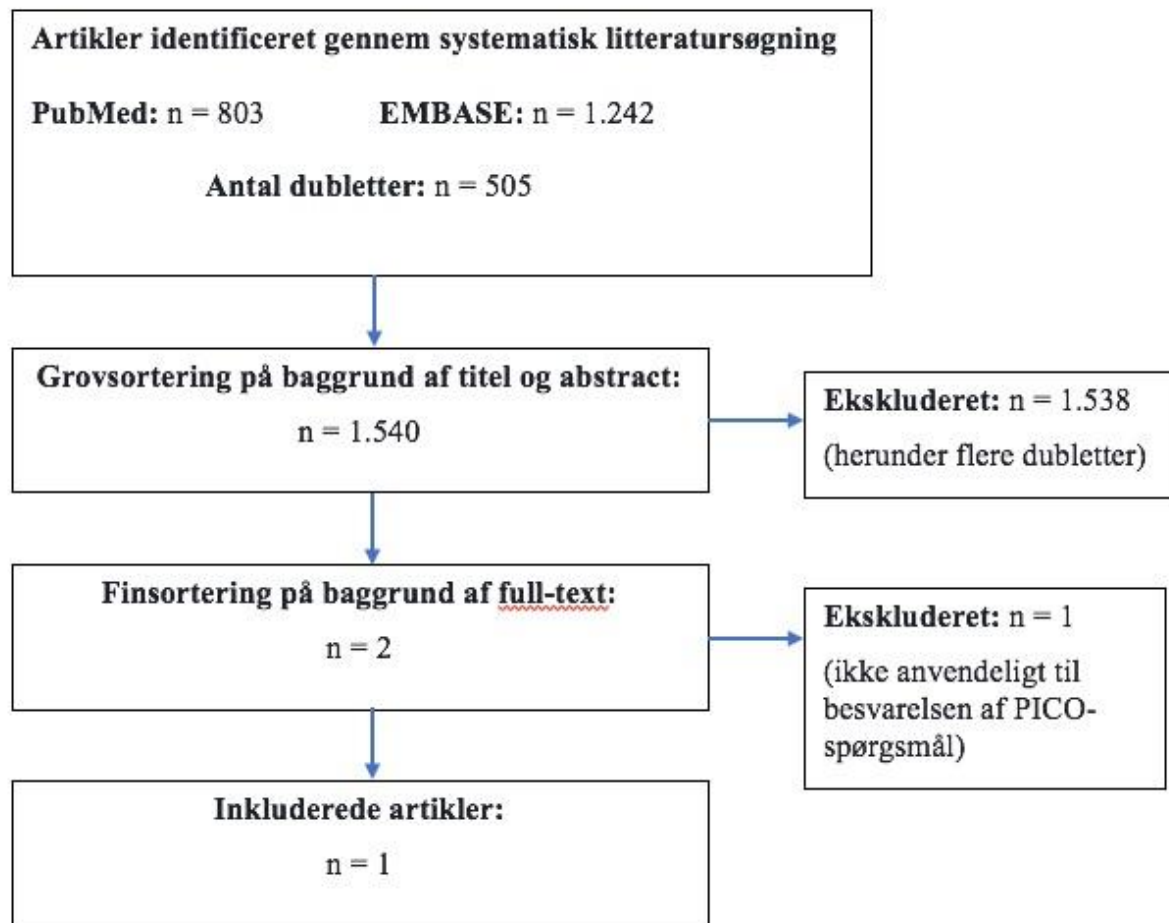
Søgeprofil PICO 4

-se søgeprofil PICO 5

Søgeprofil PICO 5

—

Den latente fase af fødslen



Litteratursøgningen er udført i samarbejde med bibliotekar Henrik Laursen, Kvalitet og Forskning/Fagbibliotek Regionshospitalet Viborg.

Litteratursøgning afsluttet dato: 27.11.2018

Sundhedsvidenskabelige databaser: PubMed og Embase

Den latente fase af fødslen

Anvendte søgetermer: labor onset, onset of labor, latent phase, latent phase*, labor stage 1, labor stage first, labor induction, induc*, labor induced, induction of labor, induced labor, oxytocin. Anvendte termer er fremsøgt som både fritekst og Mesh og kombineret med AND og/eller OR.

Tidsperiode

Ingen begrænsninger.

Sprog

Begrænses til artikler på engelsk, dansk, svensk, finsk, tysk eller norsk.

Principper for udvælgelse af relevante artikler

Studier der præsenterer en sammenligning af induktion af fødslen (herunder misoprostol, ballonkateter, HSP eller stimulation med oxytocin) med farmakologisk/non-farmakologisk lindrende behandling og en association/sammenhæng med relevante fødselsoutcomes er inkluderet.

Identifikation af evt. internationale guidelines

Der er søgt efter guidelines/anbefalinger for håndtering af fødslens latente fase i; International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Guidelines International Network (G-I-N), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, Statens Beredning För Medicinsk och Social Utvärdering, Socialstyrelsen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Sundhedsstyrelsen (NKR) og Cochrane Library.

Der fandtes ingen relevante guidelines, der kunne bidrage til besvarelsen af PICO-spørgsmålet.

Evidensgradering

Den latente fase af fødslen

Det identificerede studie er gennemgået systematisk efter principperne for evidensgradering præsenteret hos GRADE. GradePro er anvendt til udarbejdelsen af evidensstabel.