

Aktiv **behandling** af efterbyrdsperioden

- En selvfølgelig intervention hos gravide med lav risiko for post partum blødning

Bachelorprojekt

Anslag: 104.682

14. modul

Juni 2012

Udarbejdet af:

Carina Grønkjær

Ellen Mundbjerg Madsen

Johanne Gredal Knudsen

Vejleder:

Margrethe Nielsen

Jordemoderuddannelsen i København.

Professionshøjskolen Metropol



Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af jordemoderuddannelsen, PH Metropol.

0. Resumé

Bachelorprojektet undersøger naturvidenskabelig evidens for aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt af efterbyrdsperioden hos kvinder med lav risiko for post partum blødning (PPH).

Efterfølgende undersøges, hvordan evidens herfor er implementeret i jordemoderens praksis. Dette analyses via socialkonstruktivistisk teori af Berger og Luckmann.

Gennem projektet vurderes det, at kvinder med lav risiko for PPH ikke rutinemæssigt bør anbefales aktiv behandling af efterbyrdsperioden, beroende på tvivlsom klinisk relevans samt bivirkninger ved behandlingen.

Desuden påvises uoverensstemmelse mellem retningslinjers implementerede evidens og ny evidens for behandlingen. I projektet argumenteres der for, hvorledes denne uoverensstemmelse kompromitterer jordemoderens skøn samt kvindens ret til et informeret valg af behandling.

Indholdsfortegnelse

1. Problemstilling	5
2. Problemformulering	8
2.1 Begrebsafklaring	8
3. Redegørelse for metode	8
3.1 Projektets opbygning	8
3.2 Valg af metode	9
3.3 Videnskabsteoretiske overvejelser	9
3.4 Litteratur i projektets analyse	11
3.5 Litteratur i projektets diskussion	12
3.6 Søgestrategi	13
4. Kvantitativ analyse	14
4.1 Præsentation af <i>Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour</i>	14
4.1.1 Reviewets opbygning	15
4.1.2 Bias	16
4.1.3 Blinding	16
4.1.4 Confounders	18
4.1.5 Heterogenitet	19
4.1.6 Analyse af gravide med lav risiko for PPH	19
4.1.7 Delkonklusion af <i>Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour</i>	23
4.2 Præsentation af <i>Midwives care during the Third Stage of Labour</i>	23
4.2.2 Formål og afgrænsning	24
4.2.3 Confounders	25
4.2.4 Mulige bias	25
4.2.5 Resultater	26
4.2.6 Manglende data	26
4.2.7 Delkonklusion af <i>Midwives care during the Third Stage of Labour</i>	27
5. Diskussion af den kvantitative analyse	28
5.1 Risiko for overbehandling	28
5.2 Kliniske retningslinjers kliniske relevans	29
6. Socialkonstruktivistisk analyse	30
6.1 Berger og Luckmanns 3-sidede model	30
6.2 Præsentation af DSOG's guideline <i>Postpartum blødning</i> (2006)	31

6.3 Eksternalisering	32
6.3.1 Anskuelse af efterbyrdsperioden	32
6.3.2 Vægtningen af evidensen bag anbefalinger	33
6.4 Objektivisering	34
6.4.1 Objektivisering i DSOG´s guideline for efterbyrdsperioden	34
6.4.2 Kliniske retningslinjer som udtryk for objektivisering	35
6.5 Delkonklusion af den socialkonstruktivistiske analyse	36
7. Diskussion	36
7.1 Sammenhæng mellem jordemoderens erfaring og objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden	36
7.2 Skønnet i praksis	37
7.3 Kvantitativ evidens	38
7.4 Metodekritik	40
8. Konklusion	42
9. Kildehenvisning	44
10. Bilagsfortegnelse	47

Ansvarshavende for afsnit:

Carina Grønkjær: Afsnit 4.1.2; 4.1.3; 4.1.4; 5; 5.1; 5.2

Ellen Mundbjerg Madsen: Afsnit 6.3; 6.3.1; 6.3.2; 6.4; 6.4.1; 6.4.2; 7.1; 7.2

Johanne Gredal Knudsen: Afsnit 4.1.6; 4.2.3; 4.2.4; 4.2.5; 7.3

1. Problemstilling

I følgende problemstilling fremlægges aspekter i forbindelse med behandlingen af efterbyrdsperioden, som vil være projektets problemfelt.

Efterbyrdsperioden begynder, når barnet forløses og slutter, når placenta og fosterhinderne er født (Henderson & Macdonald 2004:507). I denne tid sker det første møde mellem den nybagte moder og hendes barn. Et øjeblik som menes at have betydning for tilknytningen mellem moder og barn samt ammeperioden. Ligeledes har denne periode af fødslen været associeret med risiko for alvorlig post partum blødning, hvilket er en potentiel årsag til maternal morbiditet og mortalitet på globalt plan (ibid.:507).

Efterbyrdsperioden er opdelt i tre faser; *latens*, hvor placenta begynder sin løsrivelse fra uterus pga. fortsat veaktivitet. Derefter *detachment*, hvor placenta er fuldstændig adskilt fra uterus. Sidste fase er *expulsion*, hvor placenta trænger ned fra fundus uteri. Placenta foldes derefter sammen og bevæger sig mod vagina, hvorefter den fødes spontant (ibid.:509). Jordmoderen vil observere følgende tegn på placentas løsrivning: Fundus uteri stiger lidt op, navlestrengen glider længere frem, og der afgår en skylle blod fra vagina (Sørensen et al. 2011:41).

Under graviditeten opstår fysiologiske forandringer, som forbereder kvinden på et eventuelt blodtab under efterbyrdsperioden. Den gravide får større vaskulær kapacitet, og blodvolumen stiger med 30 % ved singleton gravide for derved at modvirke et kraftigt blodtryksfald (Coad 2005:256).

Ligeledes stiger erythrocytniveauet 15-18 %, og hos den gravide, som indtager jerntilskud, stiger denne med 25-33 %. Grundet dette sker der en stigning i hæmoglobinniveauet (ibid.:263).

Ovenstående hæmatologiske forandringer betyder, at den normale gravide kan tolerere et blodtab under efterbyrdsperioden (ibid.:263).

Sundhedsstyrelsen (SST) har siden 2009 anbefalet profylaktisk behandling af efterbyrdsperioden med medikamentet Syntocinon¹ med henblik på at reducere forekomsten af post partum blødning

¹ Syntocinon er et syntetisk uteruskontraherende middel, som indeholder det aktive stof oxytocin (medicin.dk).

Almindelige bivirkninger: kvalme, opkastning, takykardi, bradykardi og hovedpine 1-10 %. Ikke almindelige bivirkninger: Arytmier samt uterus spasmer 0,1-1 %. Sjældne bivirkninger: issemineret intravaskulær koagulation, hududslæt og anafylaktisk reaktion 0,01-0,1 % (medicin.dk).

(SST 2009:156). Denne anbefaling retter sig mod alle fødende uafhængigt af risikostatus for post partum blødning, som fremover benævnes PPH; *postpartum haemorrhage*.

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) anbefaler ligeledes i deres guideline², at jordemoderen indleder en profylaktisk behandling under efterbyrdsperioden for at reducere forekomsten af svær PPH, som er defineret med blodtab ≥ 1000 ml (DSOG:2006:1). Den profylaktiske behandling indbefatter injektion med Syntocinon 10 internationale enheder (IE) intramuskulært eller langsomt intravenøst efter barnets forreste skuldres forløsning, tidlig afnavling og derefter kontrollerede træk i navlestrengen, indtil placenta er forløst. Dette benævnes som *aktiv behandling* (ibid.:6). Ovenstående anbefalinger argumenterer for, at aktiv behandling er blødningsnedsættende. Derimod lægges der ikke vægt på, at behandlingen muligvis vil forebygge maternel mortalitet, som efterbyrdsperioden tidligere har været associeret med (Henderson & Macdonald 2004:507). Gennem de seneste 20 år har den danske materielle mortalitet været uændret, og ligger som et af de laveste i verden (SST 2009:22). Vi kan derfor formode, at indførelsen af aktiv behandling ikke har medført nævneværdig reduktion af mortalitet grundet PPH.

Ud fra viden om fysiologiske forandringer under graviditeten, undrer vi os over, hvorvidt aktiv behandling af efterbyrdsperioden er nødvendigt for kvinden med lav risiko for PPH. Vores erfaringer er, at hovedparten af gravide i Danmark indtager det anbefalede jerntilskud fra 10. gestationsuge og resten af graviditeten (SST 2009:84). Såfremt kvinden følger denne anbefaling, vil hæmoglobinniveauet yderligere øges, hvorfor hun vil være tolerant for et blodtab under efterbyrdsperioden (Coad 2005:263). Vi reflekterer over, om jordemoderen efter indførelsen af aktiv behandling er holdt op med at stole på kroppens normale fysiologi under efterbyrdsperioden.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) påpeger i deres guideline to mulige behandlinger af efterbyrdsperioden. Den ene mulighed er enslydende med aktiv behandling fra DSOG. Den anden mulighed er fysiologisk behandling (NICE 2007:1,8). Ved den fysiologiske behandling forløses placenta uden profylaktisk brug af uteruskontraherende middel, afnavling efter ophørt pulsation i navlestrengen og spontan forløsning af placenta. Såfremt kvinden, som har lav risiko for PPH, ønsker en fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden, skal jordemoderen støtte hende i dette valg (ibid.:1,8).

² Guidelines eller kliniske retningslinjer forstås som *vejledende* retningslinjer for patientens undersøgelse og behandling (www.dsog.dk).

Ved den fysiologiske behandling benytter jordemoderen her sit faglige skøn til vurdering af, om kvinden er i lav risiko for PPH, og hvorvidt det er forsvarligt ikke at iværksætte den profylaktiske, aktive behandling. I danske anbefalinger fra SST og DSOG benævnes der ikke alternativer til aktiv behandling, modsat anbefalingerne fra engelske NICE. Derfor undrer vi os over, hvorvidt jordemoderens skøn er tilsidesat i de danske anbefalinger.

Cirkulære om jordemodervirksomhed lovgiver om, at jordemoderen må administrere uteruskontraherende midler post partum (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001:§3, stk. 2). Her danner cirkulæret rammen for jordemoderens virke post partum uden juridisk at påpege valget af én behandling frem for en anden. Dog har vi i praksis oplevet, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden er den mest anvendte behandling.

Etiske Retningslinjer for Jordemødre, som har til hensigt at være retningsgivende for autoriserede jordemødre såvel som jordemoderstuderende, udlægger følgende:

“Jordemoderen bidrager til udvikling af jordemoderfaget for at kunne yde en jordemoderfaglig omsorg, der tilgodeser principperne om at gavne og frem for alt ikke at skade og vedkender sig medansvar for, at praksis bygger på veldokumenteret viden” (Iversen et al. 2010:pkt. 5).

Da vi har et medansvar for, at praksis bygger på veldokumenteret viden, finder vi det relevant at undersøge evidensen bag praksissen for aktiv behandling til kvinder med lav risiko for PPH.

Sundhedsloven fastsætter desuden bestemmelser for informeret samtykke, hvormed den gravide har ret til information om aktiv behandlings fordele og ulemper (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010:§16). Kvinden har tillige ret til information om alternative behandlingsmuligheder samt konsekvenserne af, hvis den anbefalede behandling ikke iværksættes (ibid.:§16, stk. 4). Det findes derfor yderligere relevant at undersøge evidensen for aktiv behandling af efterbyrdsperioden, for at kunne oplyse kvinden fyldestgørende om virkning og bivirkninger af behandlingen samt eventuelle konsekvenser af at undlade denne. At undlade aktiv behandling vil tilsvare, at kvinden gennemgår en fysiologisk efterbyrdsperiode.

Under den kliniske uddannelse er det vores fælles erfaring, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden er en bredt, accepteret praksis både blandt jordemødre og de fødende, som tilbydes behandlingen. Under praktikperioderne har vi sjældent, eller aldrig, medvirket til

fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Aktiv behandling af efterbyrdsperioden kan derved komme til at fremstå som en selvfølgelighed. Under praktikken har vi selv anbefalet aktiv behandling af efterbyrdsperioden til kvinder med lav risiko for PPH. Vi har i denne forbindelse oplevet, at information til kvinden om konsekvenser af at undlade behandlingen ofte nedprioriteres eller helt undlades. Derfor vil vi gennem denne opgave undersøge, om aktiv behandling af efterbyrdsperioden er blevet en selvfølgelighed.

Ovenstående problemfelt har ledt os frem til følgende:

2. Problemformulering

Hvilken evidens foreligger der for, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden nedsætter post partum blødning (PPH) hos den gravide med lav risiko for PPH?

Hvordan er evidens om efterbyrdsperioden implementeret i jordemoderens praksis set fra en socialkonstruktivistisk tilgang?

2.1 Begrebsafklaring

PPH defineres som blødning ≥ 500 ml post partum (Henderson & Macdonald 2004:987).

Den gravide med lav risiko for PPH defineres hos kvinden, hvor ingen af følgende risikofaktorer er til stede: Paritet > 5 (ibid.:507), flerfoldsgraviditet, vestibulation, protraheret fødselsforløb, forløsning ved vakuumeekstraktion, sectio, polyhydramnios, tidligere PPH, foetus mortuus, maternel alder >35 år, blødningsforstyrrelser, foetus magnus og svær præeklampsi (Sørensen et al. 2011:180).

3. Redegørelse for metode

I følgende afsnit redegøres der for projektets opbygning på baggrund af den valgte problemformulering. Herefter følger en redegørelse for valg af metode, videnskabsteoretiske overvejelser, valg af empiri samt søgestrategi.

3.1 Projektets opbygning

I projektet foretages to adskilte analysedele. Den første analysedel foretages ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv med henblik på at besvare problemformuleringens første spørgsmål:

Hvilken evidens foreligger der for, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden nedsætter post partum blødning hos den gravide med lav risiko for PPH?

Anden analysedel foretages ud fra et socialkonstruktivistisk perspektiv med henblik på at besvare problemformuleringens andet spørgsmål: Hvordan er evidens om efterbyrdsperioden implementeret i jordemoderens praksis set fra et socialkonstruktivistisk perspektiv?

Mellem de to analysedele findes en deldiskussion. Formålet med deldiskussion er dels at diskutere evidensen for aktiv behandling af efterbyrdsperiodens blødningsnedsættende effekt samt at henlede til den næste analysedel. De to analysedele adskiller sig særligt fra hinanden på grund af de forskellige videnskabsteoretiske retninger.

Efter de to analysedele foretages en samlet diskussion. Diskussionen vil omhandle de to analysedeles resultater samt kritik af egen metode ved besvarelse af projektets problemformulering.

3.2 Valg af metode

Projektets problemformulering fordrer anvendelse af både kvantitative og kvalitative metoder. Til vores vurdering af hvilken evidens, der foreligger for den blødningsnedsættende effekt ved aktiv behandling af efterbyrdsperioden hos den gravide med lav risiko for PPH, anvendes den kvantitative metode. Problemformuleringens anden del omhandlende, hvordan evidens implementeres i behandlingen af efterbyrdsperioden, undersøges gennem en tekstanalyse via et samfundsvidenskabeligt perspektiv. Valg af anvendte videnskabsteoretiske tilgange begrundes i det følgende afsnit.

3.3 Videnskabsteoretiske overvejelser

Problemformuleringens første del stiller spørgsmålstejn ved evidensen bag aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt i efterbyrdsperioden hos kvinder med lav risiko for PPH. Vi vælger at arbejde ud fra den naturvidenskabelige position for at besvare problemformuleringens første del, da man via målbare data kan udlede, at et resultat er mere sandsynligt end et andet (Andersen & Matzen 2005:75). Gennem kvantitativ forskning kan det undersøges, om aktiv behandling er at foretrække frem for fysiologisk behandling ved at sammenholde de målte effekter ved de to behandlinger. Dog vil det aldrig være logisk gyldigt at drage en universel konklusion, da enhver undersøgelse vil være udført ud fra én bestemt population, som ikke nødvendigvis kan sammenlignes med andre populationer (ibid.:75). Dette betyder ligeledes, at evidensen ud fra én population ikke kan give udtryk for en almen gyldig sandhed om, hvordan individet bør behandles i en konkret situation (ibid.:75).

I problemformuleringens anden del ønsker vi at undersøge, hvordan evidens er implementeret i jordemoderens praksis omkring efterbyrdsperioden. Dette spørgsmål stilles, idet vi ønsker at rette et kritisk syn på dét, som vi normalt opfatter som selvfølgelig eller naturligt i forbindelse med dette. En socialkonstruktivistisk tilgang tillader et kritisk perspektiv på det, som anses for *selvfølgelig* i praksis (Holm 2011:138). Samtidigt står socialkonstruktivismen i kontrast til naturvidenskabens positivistiske tradition, hvis fokus er at konstatere sammenhænge mellem årsag og virkning. Denne position tager socialkonstruktivismen afstand fra, idet videnskab anses som værende en social konstruktion (Sohlberg & Sohlberg 2004:10-11). Derfor vælger vi at anvende socialkonstruktivismen, idet vi ønsker at belyse, hvordan evidens er implementeret i jordemoderens praksis omkring efterbyrdsperioden. Herunder redegøres der for, hvordan socialkonstruktivismen anvendes i projektet.

Socialkonstruktivismens position er imellem filosofi og samfundsvidenskab (Hviid Jacobsen et al. 2010:230). Det grundlæggende standpunkt er, at diverse fænomener, som vi almindeligvis opfatter som uafhængige og logiske, er socialt konstruerede. Virkeligheden er dermed frembragt og opretholdes via sociale praksisser, ifølge socialkonstruktivismen (ibid.:230). Dette standpunkt finder vi relevant i forhold til besvarelsen af problemformuleringens anden del.

På baggrund af vore erfaringer fra praktikperioder har vi oplevet, hvordan hospitalernes kliniske retningslinjer for aktiv behandling af efterbyrdsperioden ofte betragtes som en *selvfølgelig* håndtering af efterbyrdsperioden. Som eksempel på en del af denne sociale konstruktion inddrages DSOG's guideline *Postpartum blødning* samt danske kliniske retningslinjer³ som empiri.

Denne empiri inddrages, idet en kritisk belysning heraf kan bidrage til jordemoderfagligt udviklingsarbejde i forbindelse med efterbyrdsperioden. Kritisk refleksion vurderes relevant for, at jordemoderens kompetencer fortsat udvikles, frem for at være fastforankret i vaner eller rutiner. I den socialkonstruktivistiske analyse af ovenstående empiri inddrages videnssociologerne Berger og Luckmanns teori om den 3-sidede model. I projektet anvendes udlægninger fra Fuglsang, L. og Olsen P.B. (2009) samt Wenneberg, S.B. (2002) af Berger og Luckmanns 3-sidede model. Dette er valgt på baggrund af, at forfatterne formulerer sig nutidigt og konkret. Dette gør modellen mere direkte anvendelig for analyse af projektets empiri.

³ Inddragede kliniske retningslinjer er fra hhv. Danske Regioner, Hvidovre Hospital, Hillerød Hospital, Skejby Universitetshospital, Rigshospitalet, Region Syddanmark.

Berger og Luckmanns 3-sidede model er relevant at inddrage, idet denne belyser, hvordan *selvfølgelig* viden skabes og reproduceres via bestemte, gentagne handlingsmønstre (Fuglsang & Olsen 2009:368). Gennem denne teori kombinerer Berger og Luckmann ontologisk og erkendelsesteoretisk (også kaldet epistemologisk) socialkonstruktivisme (Hviid Jacobsen et al. 2010:238), hvilke er socialkonstruktivismens hovedretninger (ibid.:231). Disse præsenteres nedenfor:

Sammenfattende udtrykker erkendelsesteoretisk socialkonstruktivisme, at samfundsmæssige omstændigheder konstruerer vores erkendelse, herunder dagligdags- og videnskabelig erkendelse (ibid.:231). Modsat mener ontologisk socialkonstruktivisme, at den fysiske og samfundsmæssige virkelighed konstrueres af vores videnskabelige erkendelse af den (ibid.:231). Denne retning bærer præg af fænomenologien med fokus på menneskets indre livsverden som konstruerende for virkeligheden (ibid.:247).

I projektet anvendes socialkonstruktivismen til at anskue sociale processer og strukturer, hvilke forstås som dannelsen af samfundsmæssige konstellationer såsom retsvæsen, statsapparat og uddannelsessystem (Fuglsang & Olsen 2009:368). I dette projekt anskues evidensen i kliniske retningslinjer som en social struktur.

Berger og Luckmann antyder, at naturvidenskaben har særstatus i verdensbilledet, hvormed biologiske faktorer i menneskets natur begrænser omfanget af de sociale muligheder, som det enkelte menneske har (Hviid Jacobsen et al. 2010:246). På grund af denne afgrænsning er det muligt at anvende den valgte socialkonstruktivistiske position og samtidigt anerkende naturvidenskabelig forskning, uden at den ene positions holdninger hævdes frem for den anden.

3.4 Litteratur i projektets analyse

Til besvarelse af problemformuleringens første del har vi valgt at inddrage Cochrane reviewet *Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour* (Begley et al. 2011). Reviewet er en opdateret udgave af det tidligere review fra 2000, som DSOG samt flere danske hospitaler anvender som en del af belægget for deres nuværende, kliniske retningslinjer for efterbyrdsperioden. Vi har valgt at inddrage den opdaterede version af reviewet om aktiv versus fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden for at gøre brug af den nyeste viden på området. Reviewet fra 2011 har udført en subgruppe-analyse, hvor kvinder med lav risiko for PPH indgår.

Dette er afgørende for reviewets relevans i forhold til besvarelse af projektets problemformulering. Reviewets resultater præsenteres yderligere i projektets kvantitative analyse, afsnit 4.1.

Yderligere har vi valgt at inddrage kohortestudiet *Midwives care during the Third Stage of Labour: An analysis of the New Zealand College of Midwives. Midwifery Database 2004-2008* (Dixon et al. 2009). Kohortestudiets resultater er omtalt i det førnævnte review, idet jordemødre i dette studie har erfaring med både aktiv og fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Ydermere ses der ved dette studie resultater, som peger på, at fysiologisk behandling er at foretrække i forhold til reduktion i PPH. Studiet er relevant, da den inkluderede population på 33.752 kvinder udelukkende består af gravide i lav risiko for PPH.

Studiets resultater præsenteres yderligere i projektets kvantitative analyse, afsnit 4.2.

For at besvare spørgsmålet om, hvordan evidens om efterbyrdsperioden er implementeret i jordemoderens praksis set fra et socialkonstruktivistisk perspektiv, inddrages DSOG's guideline samt danske kliniske retningslinjer for håndteringen af efterbyrdsperioden. Empirien analyseres ud fra Berger og Luckmanns 3-sidede model via begreberne eksternalisering og objektivisering. Det sidste af de tre punkter i Berger og Luckmanns 3-sidede model, internalisering, indgår ikke i den socialkonstruktivistiske analyse. Aspektet er fravalgt her, da det på grund fra den valgte empiri ikke vurderes muligt at analysere dette punkt. Internaliserings-begrebet indgår i stedet i projektets afsluttende diskussion. Berger og Luckmanns 3-sidede model samt de medtagne retningslinjer præsenteres yderligere i projektets socialkonstruktivistiske tekstanalyse, afsnit 6.

Da der i den socialkonstruktivistiske analyse er flere citater fra DSOG's guideline *Postpartum blødning* (2006), har vi fravalgt at vedlægge dette som bilag. Vi vurderer, at læseren vil have mest gavn af følgende bilag og vedlægger derfor: Resumé af Cochrane reviewet *Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour* (Begley et al. 2011) samt kohortestudiet *Midwives care during the Third Stage of Labour* (Dixon et al. 2009).

3.5 Litteratur i projektets diskussion

Efter den kvantitative analyse af reviewet og kohortestudiet vil vi diskutere analysens resultater. Ud fra dette vil vi forsøge at vurdere hvilken evidens, der foreligger for aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt i efterbyrdsperioden hos kvinder med lav risiko for PPH.

Efter projektets socialkonstruktivistiske analyse foretages der en afsluttende diskussion. Her inddrages den norske sygeplejeforsker Kari Martinsen, hvis tanker er praksisnære med udgangspunkt i relationen mellem behandler og patient. Vi har valgt at bruge Kari Martinsens bog *Samtalen, skønnen og evidensen* (2006) omhandlende hendes tanker om det faglige skøn og evidensbaseret medicin. Dette valg begrundes med, at sygeplejens omsorgsarbejde med patienten er sammenligneligt med jordemoderens omsorg for kvinden. Kari Martinsen anerkender evidensens resultater, men retter samtidig en kritik mod evidensens overførbarhed til det enkelte patientforløb. Med dette ønsker vi at rette fokus på den individuelle kvinde.

Desuden inddrages den medicinfilosofiske tekst *Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven* (2004) af Uffe Juul Jensen, professor ved Institut for Filosofi ved Aarhus Universitet. Teksten er pensumlitteratur og inddrages med henblik på en kritisk belysning af, hvordan evidens-begrebet anvendes.

3.6 Søgestrategi

Til besvarelse af projektets problemformulering har vi valgt at søge litteratur på både danske og udenlandske databaser. Nedenfor beskrives søgestrategi, valg af informationskilder samt argumenteres for til- og fravalg af den fundne litteratur. Detaljeret søgeprotokol medfølger i Bilag 1.

I projektets litteratursøgning er der anvendt systematisk søgning, hvor vi har valgt at søge på fire facetter. Søgningen er udført på databaserne PubMed, Cochrane, SveMed+ samt bibliotek.dk. Generelt er søgningerne initialt udført som fritekstsøgninger, hvorefter søgningen er specificeret gennem søgning på emneord. På bibliotek.dk er der udelukkende anvendt fritekstsøgning for at opnå bredest mulig søgning. Dette er valgt på baggrund af databasens begrænsede mængde af litteratur, som relaterer sig specifikt til opgavens tema.

Via læsning af det inkluderede review (Begley et al. 2011) har vi fået kendskab til kohortestudiet *Midwives care during the Third Stage of Labour: An analysis of the New Zealand College of Midwives. Midwifery Database 2004-2008* (Dixon et al. 2009). Det har ikke været muligt at finde

Dixon et al. gennem vores systematiske søgning. Studiet er derfor fundet gennem kædesøgning, jf. Bilag 2.

Desuden er foretaget kædesøgning på relevante organisationers hjemmesider. Blandt disse indgår Jordemoderforeningen, DSOG, SST samt WHO. Søgninger er her foretaget med henblik på at underbygge problemstillingen samt udforske kendt viden om projektets problemfelt.

4. Kvantitativ analyse

I det følgende præsenteres og analyseres den udvalgte kvantitative empiri, hhv. et Cochrane review og et kohortestudie fra New Zealand. Analysen foretages ud fra kvantitative teoretiske begreber, som der fortløbende redegøres for. Begreberne benyttes til at vurdere studierne interne og eksterne validitet i henhold til besvarelse af problemformuleringen første del: Hvilken evidens foreligger der for, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden nedsætter post partum blødning (PPH) hos den gravide med lav risiko for PPH?

Inden analysen præsenteres Cochrane reviewets resultater for kvinder med lav risiko for PPH.

4.1 Præsentation af *Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour*

Cochrane reviewet (Begley et al. 2011) sammenligner aktiv og fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden i forhold til svær PPH ≥ 1000 ml samt maternelle og neonatale udkomme. Aktiv og fysiologisk behandling klassificeres i henhold til projektets problemstilling (Begley et al. 2011:9). Ydermere sammenlignes forskellige komponenter af aktiv og fysiologisk behandling (ibid.:9). Inklusionskriterierne for reviewet er randomiserede kontrollerede forsøg (RCT)⁴ eller quasi – RCTs⁵ samt raske gravide med forventet vaginal fødsel på et hospital efter 24. gestationsuge (ibid.:1). Der inkluderes syv studier med i alt 8247 gravide (ibid.:13). Tre studier inkluderer kun gravide klassificeret til lav risiko for PPH, mens de resterende fire inkluderer gravide uafhængigt af risici for PPH (ibid.:13). Reviewets resultater for kvinder med lav risiko for PPH viste ingen signifikant forskel imellem de to grupper ved svær PPH ≥ 1000 ml (ibid.:18). Ved konklusionen for kvinder med lav risiko for PPH pointeres det, at der var et lavere antal blodtransfusioner samt

⁴ I RCTs foretages en intervention, som sammenlignes med en kontrolbehandling. Den inkluderede studiepopulation randomiseres via et uigennemskueligt tilfældighedsprincip (Andersen 2005:648-649).

⁵ Udføres tilsvarende et RCT; dog uden randomisering af studiepopulationen (ibid.:648).

reduktion i blødning 500 - 1000 ml ved aktiv behandling. Samtidigt redegøres der for et negativt neonatalt udkomme ved aktiv behandling i form af lavere fødselsvægt. Ligeledes ses der negative maternelle udkomme ved aktiv behandling så som diastolisk hypertension, smerter post partum samt genindlæggelser pga. blødning (ibid.:27). I konklusionen pointeres det, at kvinder med lav risiko for PPH bør informeres om fordele og ulemper ved begge behandlingstyper (ibid.:27).

4.1.1 Reviewets opbygning

Et review er en systematisk samling af forskning inden for et givent felt (Wullf & Gøtzsche 2006:196). På baggrund af den indsamlede forskning laves en samlet analyse af forsøg (RCTs), også kaldet en metaanalyse. De inkluderede RCTs bør være tilstrækkeligt sammenlignelige; *homogene*, samt behæftet med mindst mulige systematiske fejl; *bias* (ibid.:197). Ved bias ses afvigelser, hvorfor resultatet vil pege i samme retning ved hver måling (Andersson 2008:116). Dette vil derfor kunne påvirke resultatet og den endelig konklusion (ibid.:115). For at reducere risikoen for mulige bias bør forfatterne følge en på forhånd fastsat protokol (Wullf & Gøtzsche 2006:196). Denne protokol skal ses som en sikkerhedsforanstaltning for ikke at overse bias samt reproducere de begåede fejl (ibid.:197). Pga. mulige bias i reviewets inkluderede studier bør man derfor ikke anskue systematiske reviews som et ufejlbarligt middel (ibid.:202).

Til analysen af Begley et al. anvendes SST's analyseredskab *Checkliste 1 - Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser* (SST 1), jf. Bilag 3. I det følgende analyseres udvalgte punkter herfra med relevans for bedømmelsen af reviewets interne og eksterne validitet.

Begley et al. har udført en grundig litteratursøgning, hvor både udgivet og ikke-udgivet materiale er opsøgt (Begley et al. 2011:10-11). Denne søgning samt dokumentation af dette betyder, at alle studier, som undersøger effekten af den udførte behandling, har mulighed for at blive inddraget i metaanalysen og påvirke dennes resultater (Wullf & Gøtzsche 2006:197). Derfor vurderes reviewets validitet styrket, da sandsynligheden for, at resultaterne er troværdige, er større sammenlignet med oversigtsartikler, hvor indsamling af forskning selekteres (SST 1).

Begrebet *validitet* indbefatter to former; *intern* og *ekstern validitet*. Den interne validitet er et udtryk for, hvorvidt studiet måler det, som intenderes at måle (Andersson 2006:118). I dette tilfælde intenderes at måle udkomme ved aktiv og fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Studiets

eksterne validitet refererer til resultaternes generaliserbarhed (ibid.:119). For at højne den interne samt eksterne validitet bør bias derfor begrænses (ibid.:118).

Som tidligere beskrevet er systematiske reviews ikke et ufejlbarligt middel, da mulige bias i reviewets inkluderede studier ikke kan elimineres (Wullf og Gøtzsche 2006:202). I det følgende analyseres hovedpunkterne *bias*, *blinding*, *confounders*, *heterogenitet* og *subgruppeanalyse af kvinder med lav risiko for PPH*. Disse punkter er udvalgt, idet disse vurderes at have betydning for reviewets interne samt eksterne validitet.

4.1.2 Bias

Reviewet indeholder en udførlig redegørelse for mulige bias i reviewgruppens interne arbejde. Her kan nævnes, at forfatteren til et af de inkluderede RCTs (Begley 1990) ligeledes var med i denne Cochrane arbejdsgruppe (Begley et al. 2011:11). Ved analyse og gennemgang af Begleys (1990) resultater var ovenstående forfatter ikke involveret (ibid.:11). Herved har Begley et al. forsøgt at eliminere *interessekonflikter* (Wullf & Gøtzsche 2006:202). Ved interessekonflikter forstås, at personer eller firmaer har en særlig interesse i, at et givent resultat peger i en særlig retning, hvorfor dette er behæftet med bias og risiko for at drage forkerte slutninger (ibid.:202). Da bias i den interne arbejdsgruppe er minimeret, styrkes reviewets interne validitet (Andersson 2006:118).

Ved gennemgang af de inkluderede RCTs har forfatterne oplyst mulige bias samt gradueret studierne kvalitet. Til dette er anvendt *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention* (Begley et al.:11). Via denne ensartede og systematiske gennemgang af de inkluderede RCTs vurderes det, at reviewforfatterne har forsøgt at reducere mulige bias (Wullf & Gøtzsche 2006:201-202). Reviewet vurderes dermed veludført i dets interne arbejde (jf. Bilag 3).

4.1.3 Blinding

Reviewets forfattere oplyser, at de har undladt at bedømme bias som følge af manglende blinding, under vurderingen af udkomme hos kvinder med lav risiko for PPH (Begley et al. 2011:11). Dette begrundes med, at uanset om kvinden gives et placebo medikament, vil både kvinden og behandleren bemærke en forskel på hvilken type medicin, der er givet i forbindelse med efterbyrdsperioden. Behandleren vil typisk observere eller palpere en stærk uterinkontraktion efter administration af et uteruskontraherende middel, mens kvinden ofte vil føle smerte i forbindelse med kontraktionen. Ligeledes er det ikke muligt at blinde, hvorvidt navlestrengen klippes tidligt

eller sent, og om placenta forløses via kontrollerede træk i navlestrengen (ibid.:11). *Blinding* er af betydning, da man via denne metode forsøger at minimere bias, som kan resultere i fejlagtige deduktioner (Andersen 2005:648-649), og kan medføre ca. 40 % overvurdering af behandlingens effekt (SST 2). Det formodes derfor, at blinding kan have betydning for reviewets konklusion. De mulige konsekvenser af den manglende blinding analyseres i det følgende afsnit.

Da jordemødrene ikke var blindet, og derfor har haft kendskab til, hvilken behandling kvinden modtog, kan følgende bias ikke udelukkes. Idet jordemoderen kan have præference for én behandling frem for en anden, kan dette betyde, at kvinden blev behandlet anderledes end intenderet (Lund & Røgind 2004:51). *Undersøgerbias* kan derfor forekomme, hvis jordemoderen vurderer, behandler eller tolker resultaterne forkert (Andersson 2008:116). Da resultaterne kan være påvirket af den manglende blinding, svækkes reviewets interne validitet (ibid.:116)

Begley et al. pointerer, at jordemødrene, som indgår i de forskellige RCTs, har mest erfaring med aktiv behandling af efterbyrdsperioden (Begley et al. 2011:16). I et af de inkluderede studier (Begley 1990) rapporteres der om reduktion i estimeret blodtab i takt med, at jordemødrenes erfaring med fysiologisk behandling øges. Under pilotstudiet (Begley 1990) forekom PPH hos 21 % af kvinderne ved fysiologisk behandling. I de første fire måneder af studiet var PPH reduceret til 12 % og 7 % i de sidste seks måneder (ibid.:17). Herved antydes en tendens til, at øget erfaring med den fysiologiske behandling nedsætter frekvensen af PPH. Kun ét studie (Begley 1990) rapporterer om denne gradvise ændring i rapportering af PPH. Tendensen kan muligvis have været den samme i de resterende studier, da jordemødrene i alle studier angives at have mest erfaring med aktiv behandling af efterbyrdsperioden (ibid.:16). Jordemødrenes erfaring og rutine med aktiv behandling af efterbyrdsperioden kan derfor resultere i undersøgerbias, som kan påvirke den interne validitet (Andersson 2008:116).

Ydermere kan *psykologisk bias* være opstået pga. den manglende blinding af behandleren (Wullf & Gøtzsche 2006:152). Jordemoderen kan have en holdning til aktiv og fysiologisk behandling, som giver sig til udtryk ved, hvorledes jordemoderen (ubevidst) tolker effekten af behandlingen (Lund & Røgind 2004:50). Da jordemødrene i de inkluderede studier har mest erfaring med aktiv behandling af efterbyrdsperioden (Begley et al. 2011:16), kan det formodes, at dette kan påvirke graden af psykologisk bias. Da jordemødrene har mest erfaring med den aktive behandling, er der risiko for,

at det skønnede blodtab falder ud til fordel for den aktive behandling. Denne bias kan ligeledes have betydning for reviewets endelige konklusion (Andersson 2008:116).

Reviewets forfattere pointerer yderligere, at der kan være bias forbundet med estimeret blodtab under efterbyrdsperioden. I to inkluderede studier er blodtabet vejnet, hvorimod blodtab er skønnet af jordemødre i de resterende studier (Begley et al. 2011:16). Denne type af systematisk fejl kan benævnes som *measurement bias*, og betegner fejlmålinger opstået pga. fejlindstillede måleparametre (Andersson 2008:116). Denne sammenlignelighed begrundes med, at jordemoderen kan over- eller underestimere blødningen, hvorfor det sluttelige resultat muligvis ikke afspejler det reelle blodtab. Ved vejning kan *measurement bias* ligeledes være opstået. Blodet kan være tilblandet fostervand og mekonium, hvorfor vejning af blodet ikke med sikkerhed afspejler det nøjagtige blodtab.

Ved ovenstående typer af bias; undersøger -, psykologisk - og *measurement bias*, vil studiets resultater pege i samme retning ved hver måling, hvorfor forkerte slutninger i reviewet ikke kan udelukkes (ibid.:116). Som konsekvens af den manglende blinding svækkes reviewets interne validitet, da resultaterne muligvis er behæftet med systematiske fejl (ibid.:116).

4.1.4 Confounders

Begley et al. har valgt at inkludere studier fra hhv. Storbritannien, Irland, Sverige, Tunesien og Abu Dhabi (Begley et al. 2011:13). Herved kan mulige *confounders* være opstået, da denne population samt praksis i de respektive lande muligvis ikke er ensartede (Andersson 2008:118). Ved *confounders* forstås, at effektvariablen (det, man ønsker at måle) kan påvirkes af andre forhold f.eks. alder, overvægt, paritet m.m., og derved skævvride resultaterne (ibid.:117-118).

I henhold til den normale fysiologi under graviditet og fødsel kan en kvinde, som har et normalt hæmoglobinniveau, tolerere et blodtab på ≥ 500 ml i forbindelse med efterbyrdsperioden (Coad 2005:263). Man kan formode, at fødende i et lavindkomst land ikke har tilsvarende ressourcer i forbindelse med blodtab pga. mindre god ernæringsstatus sammenlignet med kvinder fra højindkomstlande (WHO 1996:31). Geografisk område, hhv. høj- og lavindkomstlande, kan derfor have betydning for kvindens ernæringsstatus. Dette kan være en mulig *confounder*, som kan påvirke resultatet (Andersson 2008:115). For at højne reviewets interne og eksterne validitet burde

reviewforfatterne sikre sig, at de inddragne studier var homogene (SST 1). Inklusion af homogene RCTs kan reducere mulige confounders, som ellers kunne påvirke resultatet (Andersson 2008:118). Det vurderes, at homogeniteten kompromitteres ved inklusion af et studie fra et lavindkomstland (Jerbi 2007). Dette studie har en population på 130 kvinder (Begley et al. 2011:38), hvilket kan betyde, at dennes resultater afspejler tilfældigheder (Wullf & Gøtzsche 2006:149). Grunden hertil er, at resultaternes spredning kan forventes større pga. en mindre population, hvorfor stokastisk variation ikke kan udelukkes (Andersen & Matzen 2005:83). Ligeledes er dette studie behæftet med større risiko for bias sammenlignet med de resterende studier (Begley et al. 2011:15). Pga. ovenstående mulige bias samt studiets størrelse kan det formodes, at studiet (Jerbi 2007) ikke vægtes højt i den samlede vurdering, da mere valide studier bør vægtes højere i reviewets samlede analyse (Wullf & Gøtzsche 2006:200). Det vurderes derfor, at Jerbi's (2007) resultater ikke påvirker reviewets endelige konklusion nævneværdigt.

4.1.5 Heterogenitet

I reviewet ses der variation ved interventionen aktiv behandling. Der har været forskellige valg af uteruskontraherende midler; Syntocinon og Syntometrine⁶. Dette indgives som intramuskulær eller intravenøs injektion. Ydermere administreres disse på forskellige tidspunkter peripartum (Begley et al. 2011:13). Pga. ovenstående variation kan studierne derfor være heterogene, hvorfor det ikke ville være troværdigt at lave en konklusion på baggrund af de poolede resultater (Wullf & Gøtzsche 2006:197). Reviewforfatterne har pga. ovenstående heterogeniteten udført en *random-effekt-model* analyse for herved at sikre, at denne variation ikke påvirker resultaterne samt den endelige konklusion (Cleophas & Zwinderman 2008:1). Den interne validitet vurderes derfor styrket.

4.1.6 Analyse af gravide med lav risiko for PPH

Reviewets subgruppeanalyse af kvinder med lav risiko for PPH vurderes relevant for projektets problemformulering, da risikofaktorer for PPH kan påvirke blødningsmængden (Sørensen et al. 2011:180). Populationen, bestående af 3134 fødende med lav risiko for PPH, inkluderes i denne analyse (Begley et al. 2011:18). Ved en *subgruppeanalyse* ønskes der at undersøge, hvorvidt en særlig gruppe kan have en større effekt af behandlingen (Andersen 2005:657). Kritikere af subgruppeanalyser mener, at disse har tendens til at afsløre tilfældige effekter af den givne behandling. Modsat mener tilhængere, at analysen hindrer små gennemsnitlige forskelle opstået

⁶ Syntometrine (1 ml) består af 5 IE syntetisk oxytocin og 0,5 mg ergometrine (Henderson & Macdonald 2004:1220-21).

pga. store effekter hos en specifik gruppe. Fordelen ved at lave en subgruppeanalyse er, at det giver jordemoderen et overblik over en særlig patientkategori (ibid.:657). I dette tilfælde; kvinder med lav risiko for PPH. Herved kan jordemoderen omsætte den kvantitative evidens om efterbyrdsperioden til det enkelte patientforløb. Subgruppeanalysens troværdighed styrkes yderligere, idet andre forsøg har lignende resultater (Dixon et al. 2009) med ingen reduktion i PPH ≥ 1000 ml ved aktiv behandling. Dette betyder, at sandsynligheden for, at resultatet er påvirket af tilfældigheder, minimeres, og konklusionen styrkes (Andersen 2005:657).

Begley et al. finder ingen statistisk signifikante forskelle mellem aktiv og fysiologisk behandling ved de primære udkomme (Begley et al. 2011:18). Dette er målt ved hhv. svær PPH ≥ 1000 ml med en *relativ risiko* (RR) på 0,31, et *konfidensinterval* på (CI) 0,05 – 2,17 samt maternel hæmoglobinniveau ≤ 9 g/dl målt 24-72 timer post partum (RR 0,17. CI 0,02- 1,47) (ibid.:18). RR betyder, at risikoen i interventionsgruppen (aktiv behandling) sammenholdes med risikoen i kontrolgruppen (fysiologisk behandling). RR giver således udtryk for, hvor stor risikoen er for et negativt udkomme sammenlignet med kontrolgruppen (Wulf & Gøtzsche 2006:193-194). Konfidensintervallet angives med 95 %. Det antages herved, at der er 95 % sandsynlighed for, at konfidensintervallet indeholder populationens middelværdi (Andersen & Matzen 2005:85). Med andre ord; man har 95 % tiltro til, at resultatet afspejler middelværdien, hvorfor dette er statistisk signifikant (ibid.:85). RR på 0,31 antyder således nedsat forekomst af PPH ≥ 1000 ml ved aktiv behandling; dog er resultatet ikke statistisk signifikant, da CI passerer tallet 1 (Wulf & Gøtzsche 2006:148). Der foreligger hermed ingen signifikans for de fastsatte primære udkomme (Begley et al. 2011:18). Reviewforfatterne tillægger de primære udkomme større betydning end de sekundære udkomme (ibid.:9), hvorfor det ud fra ovenstående resultater vurderes, at aktiv behandling ikke er at foretrække frem for fysiologisk.

Begley et al. finder statistisk signifikante forskelle ved flere af de fastsatte sekundære udkomme. Ved aktiv behandling af efterbyrdsperioden ses reduktion af PPH ≥ 500 ml, gennemsnitligt blodtab reduceret med ca. 80 ml, færre blodtransfusioner samt et højere maternelt hæmoglobinniveau post partum (ibid.:18). Da sidstnævnte resultat stammer fra en population på 193 kvinder, samt er behæftet med bias, tillægger reviewforfatterne ikke dette for værende af betydning for konklusionen (ibid.:22). Dette resultat vil derfor ikke bearbejdes yderligere.

Ved en reduktion af PPH ≥ 500 ml (RR 0,33, 95% CI 0,20 til 0,56) (ibid.:18) ses, at

konfidensintervallet ikke overstiger tallet 1, hvorfor der foreligger statistisk signifikans til fordel for den aktive behandling (Wullf & Gøtzsche 2006:148). Den statistiske signifikans fortæller imidlertid intet om, hvorvidt denne forskel er klinisk relevant (Andersen & Matzen 2005:88). Ligeledes er den gennemsnitlige blødningsreduktion på 78,80 ml signifikant (MD -78,80, 95 % CI -95,96 til -61,64) (Begley et al. 2011:18), men den kliniske relevans kan ikke udledes fra disse tal (Andersen & Matzen 2005:88). Den normale fysiologi bevirker, at den gravide øger sit blodvolumen op til 30 % samt får 15-18 % stigning i erythrocytniveauet (Coad 2005:256). Hos kvinden, som tager jerntilskud, stiger erythrocytniveauet yderligere op til 33 %. Dette medfører en stigning i hæmoglobinniveauet (ibid.:256-257). Pga. ovenstående samt at gravide i Danmark anbefales jerntilskud 40-50 milligram (SST 2009:84), vurderes det, at kvinder i Danmark vil være tolerante overfor blodtab mellem 500-1000 ml. Denne vurdering bestyrkes, idet World Health Organisation tillige betvivler den kliniske relevans af blødning mellem 500-1000 ml hos raske, velernærede kvinder (WHO1993:31). Ovenstående resultater vurderes derfor ikke klinisk relevante for danske, gravide kvinder med lav risiko for PPH.

Der foreligger ikke statistisk signifikante forskelle ved svær PPH ≥ 1000 ml, men derimod en højere frekvens af blodtransfusioner ved den fysiologiske behandling (Begley et al. 2011:18). Et studie (Rogers 1998) finder en signifikant forskel: Fire ud af 748 kvinder ved den aktive behandling modtog blodtransfusioner sammenlignet med 20 ud af 764 kvinder ved den fysiologiske behandling (Begley et al. 2011:104). Rogers (1998) population vurderes sammenligneligt med Begley (1990), som ikke finder en signifikant forskel: 1/705 ved den aktive behandling og 3/724 ved den fysiologiske behandling (ibid.:104). Det tredje inkluderede studie, Thilaganathan (1993), finder ligeledes ingen signifikant forskel (ibid.:104). Ovenstående giver anledning til undring over mulige bias, som kan have påvirket resultatet. Ved ordination af blodtransfusion kan mulige bias være tilstede, da de involverede parter; jordemødre og læger ikke var blindet ved de inkluderede forsøg. Jordemoderens øgede erfaring med aktiv behandling kan betyde, at kvinden bliver behandlet anderledes end intenderet (Lund & Røgind 2004:51). Undersøgebias kan derfor være forekommet, hvis jordemoderen eller lægen vurderer, behandler eller tolker resultaterne forkert (Andersson 2008:116) og iværksætter behandling med blodtransfusion. Resultaterne kan derfor være påvirket af den manglende blinding, hvorfor studiets interne validitet svækkes (ibid.:116).

For at reducere betydningen af ovenstående mulige bias burde en protokol have været udformet for at beskrive, hvornår blodtransfusion burde ordineres, herunder kliniske symptomer på anæmi. På denne måde ville studierne sikres en mere ensartet behandling.

Årsagen til den opståede blødning er en detalje, som vurderes relevant at have inkluderet i forbindelse med PPH. Aktiv behandling af efterbyrdsperioden formodes at have effekt på blødning grundet atoni af uterus (medicin.dk:2), men stammer blødningen eksempelvis fra en collum- og/eller vaginalbristning, vil et blodtab ikke kunne forebygges med indgift af uteruskontraherende middel. Dette kan betyde, at resultatet ikke afspejler den faktiske forekomst af blødning grundet atoni. Pga. populationens størrelse foreligger der sandsynlighed for, at aktiv og fysiologisk behandling har ens forekomst af blødning, f.eks. fra vaginal- og/eller collum-bristninger (Andersson 2008:116). Det vurderes derfor, at den manglende oplysning ikke påvirker den endelige konklusion.

Ved subgruppeanalysen ses der hos den aktive behandling flere negative udkomme: Diastolisk hypertension post partum, øget forekomst af genindlæggelser pga. blødning samt øget forekomst af smerter, efterveer og behov for smertestillende medicin som følge heraf (Begley et al. 2011:19). For barnets vedkommende ses statistisk signifikant nedsat fødselsvægt, som formodentligt skyldes nedsat blodoverførsel fra placenta pga. tidlig afnavling (ibid.:19,22).

Da der foreligger flere negative udkomme ved den aktive behandling, giver dette anledning til yderligere diskussion om, hvilken behandling af efterbyrdsperioden, der bør foretrækkes.

Ovenstående diskuteres i projektets deldiskussion, afsnit 5.1.

Reviewforfatterne konkluderer, at kvinden med lav risiko for PPH bør få mulighed for at foretage et informeret valg, om hvilken behandling af efterbyrdsperioden hun foretrækker (ibid.:27). Begley et al. skriver, at de diskuterede for at nå til enighed om reviewets endelige konklusion. Forhandling om ordlyden af reviewets konklusion kan anses som et udtryk for resultaternes kompleksitet, da resultaterne både viser fordele og ulemper ved aktiv behandling af efterbyrdsperioden hos kvinder med lav risiko for PPH (ibid.:24). Konklusionen i Begley et al. vurderes at være i overensstemmelse med reviewets resultater, hvilket styrker studiets troværdighed (SST 1).

4.1.7 Delkonklusion af *Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour*

I de inkluderede RCTs har det ikke været muligt at blinde jordemødrene og/eller lægerne. Dette kan have medført undersøger-, measurement- og psykologisk bias, hvorfor reviewets interne validitet svækkes. Den interne validitet vurderes særligt påvirket i forbindelse med blodtransfusion i ét studie (Rogers 1998), hvorfor troværdigheden til dette resultat vurderes reduceret. I reviewet ses ingen statistisk signifikans for, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden nedsætter risikoen for PPH \geq 1000 ml hos kvinden med lav risiko for PPH. Ved samme subgruppe foreligger signifikant reduktion af PPH \geq 500 ml – 1000 ml til fordel for aktiv behandling. Dette resultat kan muligvis være behæftet med bias, hvorfor resultatet er usikkert. Ligeledes betvivles den kliniske relevans ved ovenstående resultat. Derimod er aktiv behandling associeret med flere negative maternelle og neonatale udkomme. På baggrund af ovenstående vurderer vi, at kvinden med lav risiko for PPH ikke rutinemæssigt bør tilbydes aktiv behandling af efterbyrdsperioden, da risikoen for PPH \geq 1000 ml ikke nedsættes herved. Studiernes design vurderes overførbare til dansk obstetrik, da denne vurderes sammenlignelige med de inkluderede studier, på nær ét (Jerbi 2007). På baggrund af dette styrkes den eksterne validitet.

4.2 Præsentation af *Midwives care during the Third Stage of Labour*

I det følgende præsenteres og analyseres projektets inkluderede kohortestudie. SST's analyseredskab *Checkliste 3 – Kohorteundersøgelser* (SST 3), jf. Bilag 4, er anvendt til denne del af analysen, og udvalgte punkter af denne inddrages til at belyse kohortestudiets interne og eksterne validitet.

Midwives care during the Third Stage of Labour (Dixon et al. 2009) sammenligner aktiv og fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Dette gøres via en systematisk databaseindsamling i perioden 2004-2008 i New Zealand. Inklusionskriterierne er: Spontan fødsel af ét barn i hovedpræsentation efter 37. gestationsuge. Eksklusionskriterierne var følgende risikofaktorer for PPH: Flerfoldsgravide, tidligere PPH, sectio antea, underkropspræsentation, foetus mortus, instrumentel forløsning, sectio, partus provokatus medikamentalis og vestimulation under fødslen. 33.752 kvinder blev inkluderet (ibid.:22). Hovedparten af kvinderne havde blodtab på \leq 500 ml, hvoraf de fleste af disse kvinder havde modtaget fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Det konkluderes, at kvinder, som har gennemgået en normal fødsel samt modtaget fysiologisk

behandling af efterbyrdsperioden, bløder signifikant mindre post partum sammenlignet med kvinder, som har modtaget aktiv behandling af efterbyrdsperioden (ibid.:20).

4.2.2 Formål og afgrænsning

En kohorteundersøgelse er et observationsstudie, som undersøger udviklingen af et givent problemfelt hos en velafgrænset population; her behandlingen af efterbyrdsperioden hos gravide med lav risiko for PPH. Forskeren hverken intervenserer eller udsætter populationen for eksperimenter, men indsamler derimod data, som analyseres (Andersen & Osler 2004:1432). Problemstillingen omkring aktiv versus fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden vurderes relevant at undersøge i New Zealand, da man her praktiserer begge behandlinger. Nationalt ses denne problemstilling ligeledes relevant, da man i Danmark anbefaler aktiv behandling af efterbyrdsperioden (SST 2009:156). Ovenstående divergens kan være udtryk for, at man endnu ikke er nået til enighed om evidensen bag aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt hos kvinder med lav risiko for PPH. Det vurderes derfor, at yderligere forskning kan have betydning for fremtidig praksis for efterbyrdsperioden.

Dixon et al. har valgt følgende afgrænsning for, hvilke udkomme de intenderede at undersøge: Betydningen af hvor kvinden føder, mængden af blodtab, tiden fra barnets til placentas forløsning samt smertelindring under fødslen (Dixon et al. 2009:21). Den forhåndsbestemte afgrænsning styrker studiet troværdighed, da det herved sikres, at relevante oplysninger eller resultater ikke undlades (Andersen & Osler 2004:1432). En grundig beskrivelse af, hvorledes data er indsamlet til kohortestudier, er vigtigt i forhold til at vurdere dennes interne validitet (ibid.:1432). Ved dataindsamlingen har der været flere sikkerhedsforanstaltninger, som sikrede en korrekt dataoverførsel (Dixon et al. 2009:22). Det vurderes derfor, at Dixon et al. har haft en sikker dataindsamling, som styrker den interne validitet.

I perioden 2004 – 2008 indberettes 88.781 fødsler til NZCOM database⁷ (Dixon et al. 2009:22). Gennem de førnævnte eksklusionskriterier har Dixon et al. undersøgt en homogen population bestående af fødende med lav risiko for PPH. Denne population adskilles ved, at 48,1 % har gennemgået en fysiologisk behandling, mens 51,9 % har modtaget aktiv behandling af efterbyrdsperioden. Ved at anvende en homogen population; kvinder med lav risiko for PPH, undersøges den afhængige variabel i form af forskellene mellem aktiv og fysiologisk behandling.

⁷ NZCOM er en database, hvori jordemødre registrerer kliniske data fra fødselsforløb (Dixon et al. 2009:21).

(Lund & Røgind 2004:53). Via ovenstående in - og eksklusion kan det antages, at forhold, som kan påvirke den afhængige variable; confounders, reduceres. Resultaterne vurderes derfor pålidelige (Andersson 2008:118).

4.2.3 Confounders

I Dixon et al. vurderer vi, at der er risiko for mulige confounders, da flere risikofaktorer for PPH er undladt ved eksklusionskriterierne. Alder > 35 år og svær præeklamsi er kendte risikofaktorer for PPH (Sørensen et al. 2011:180). Ligeledes er multiparitet forbundet med øget risiko for PPH (Henderson & Macdonald 2004:511). Sandsynligheden, for at konklusionen påvirkes af ovenstående confounders, reduceres, des større populationen er (Andersson 2008:116). Pga. en samlet population på 33.752 kan man derfor antage, at disse confounders er ligeligt fordelt mellem de kvinder, som modtager hhv. aktiv og fysiologisk behandling (ibid.:116). Det vurderes derfor, at ovenstående mulige confounders ikke har betydning for den endelige konklusion, da resultaterne sandsynligvis påvirkes tilsvarende ved både aktiv og fysiologisk behandling.

4.2.4 Mulige bias

Efter fødslen opgjorde jordemoderen, hvorvidt kvinden gennemgik en aktiv eller fysiologisk behandling, samt vurderede blødningsmængden ved efterbyrdsperioden (Dixon et al. 2009:22). Det anses for mangelfuldt, at der ikke er redegjort for, hvordan blødningsmængden er vurderet. Målemetoderne kan være jordemoderens skøn, vejning eller en kombination af disse. Samtlige målemetoder indebærer en usikkerhed, hvorfor measurement bias kan være opstået. Ved measurement bias vil studiets resultater pege i samme retning ved hver måling, hvorfor forkerte slutninger i kohortestudiet ikke kan udelukkes (Andersson 2008:116).

Under perioden 2004-2008 har jordemødrene indberettet data om efterbyrdsperioden, hvorefter disse data er anvendt i kohortestudiet. Det formodes derfor, at jordemødrene ikke har haft indsigt i, at oplysningerne skulle benyttes til forskning. Da jordemoderen ikke var vidende om, at data skulle anvendes i en kohorteundersøgelse, kan det formodes, at jordemoderen har skønnet og/eller iværksat behandling som vanligt, hvorfor psykologisk bias reduceres (Wullf & Gøtzsche 2006:152). Ved kohortestudier er blinding af deltagere af metodiske årsager ikke relevant. Sammenlignes Dixon et al. med et RCT, hvor blinding ikke har været muligt, vurderes det, at

mulige psykologisk bias reduceres i kohortestudiet. Dette styrker derfor Dixon et al.'s resultater samt dennes interne validitet.

4.2.5 Resultater

I opgørelsen af resultaterne ses en statistisk signifikant forskel i PPH sammenholdt med kvindens valg af fødested uafhængigt af aktiv og fysiologisk behandling. Ved hjemmefødsler havde færre kvinder blodtab mellem 501 – 1000 ml sammenlignet med kvinder, som fødte på hospitaler med specialafdelinger. Dette resultat opgøres med *p*-værdien $< 0,001$ (Dixon et al. 2009:23). Samme tendens gjorde sig gældende ved $PPH \geq 1000$ ml med *p*-værdien $< 0,001$ (ibid.:23). *P*-værdien betegner sandsynligheden for, at resultatet viser en signifikant forskel imellem behandlingsmetoderne (Andersen & Matzen 2005:87). Dette gøres via en statistisk test; signifikantest, hvor resultatet er den omtalte *p*-værdi (ibid.:87). Da *p*-værdien i ovenstående sammenhæng er $< 0,001$, betyder dette således en sandsynlighed på 0,01 % for, at resultatet afspejler en tilfældighed, hvorfor resultatet betragtes som statistisk signifikant (ibid.:87). Dette resultat synes interessant, da 81,7 % ud af 4482 kvinder, som fødte hjemme, modtog fysiologisk behandling sammenholdt med 34,1 % ud af 7122 kvinder, som fødte på hospitaler med specialafdelinger (Dixon et al. 2009:23).

Årsagen til den lavere frekvens af PPH ved hjemmefødsler kan have en fysiologisk forklaring. Det uterinkontraherende hormon; oxytocin, hæmmes af stresshormonerne adrenalin og noradrenalin (Henderson & Macdonald 2004:415). Det kan derfor formodes, at kvinder som fødte hjemme, har været mindre stressede, og af denne grund haft mere effektive uterinkontraktioner post partum og deraf en reduceret PPH.

Ses der på forskellen i blødningsmængden ≥ 1000 ml uafhængig af fødested, var der en signifikant forskel til fordel for den fysiologiske behandling med *p*-værdien $< 0,001$ (Dixon et al. 2009:24). Resultaterne antyder således, at lavrisiko fødende, som modtager fysiologisk behandling, har en lavere sandsynlighed for forekomst af $PPH > 500$ og > 1000 ml sammenlignet med kvinder, som modtager aktiv behandling af efterbyrdsperioden.

4.2.6 Manglende data

Et udkomme, som der ikke redegøres for, er antallet af blodtransfusioner. Da blodtransfusion er et indgreb forbundet med potentielle bivirkninger for moderen (Taaning et al. 2010:179-180), formodes det, at denne oplysning er indberettet til databasen. Da blødningsfrekvensen var højest

ved aktiv behandling, kan denne behandling muligvis være associeret med flere blodtransfusioner. Jf. kohortestudiets fokus på blødning vurderes det, at denne oplysning kunne have betydning for den endelige konklusion. Ligeledes kunne denne oplysning muligvis have styrket kohortestudiets konklusion om, at kvinder med lav risiko for PPH ikke bør udsættes for rutinemæssig aktiv behandling af efterbyrdsperioden.

4.2.7 Delkonklusion af *Midwives care during the Third Stage of Labour*

Kohortestudiet af Dixon et al. vurderes samlet set veludført. Studiet undersøger en velafgrænset problematik, samt redegør tilstrækkeligt for metode og dataindsamling. Dixon et al. har undladt at oplyse flere kendte risikofaktor for PPH, hvilket medfører potentielle confounders. Det formodes dog, at disse mulige confounders er ligeligt fordelt imellem grupperne, hvorfor konklusionen ikke påvirkes nævneværdigt. Dixon et al. oplyser ikke, hvordan blødningsmængden opgøres i studiet, hvorfor measurement bias ikke kan udelukkes. Yderligere er antallet af blodtransfusioner ikke opgjort, hvilket muligvis kan have påvirket den endelige konklusion.

Samlet set vurderes kohortestudiet troværdigt, dog med en svækket intern validitet, da flere relevante oplysninger er undladt. På grund af den svækkede interne validitet kan man ikke med sikkerhed stole på, at resultaterne afspejler det nøjagtige blodtab. På baggrund af studiepopulationens størrelse mener vi dog, at resultaterne afspejler, at den aktive behandling ikke er at foretrække frem for fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden i forhold til blødningsmængde.

Da fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden hverken øger PPH ≥ 500 ml eller ≥ 1000 ml hos gravide med lav risiko for PPH, vurderer vi, at kvinden kan tilbydes fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden uden at hendes risiko for PPH øges.

Kohortestudiets eksterne validitet vurderes styrket, da håndteringen af efterbyrdsperioden i New Zealand kan sammenlignes med dansk obstetrik, hvor jordemoderen ligeledes varetager efterbyrdsperioden. Siden SST's anbefaling om aktiv behandling af efterbyrdsperioden i 2009, kan det formodes, at danske jordemødre har fået mindre erfaring med fysiologisk håndtering af efterbyrdsperioden. Da den danske jordemoder kender teorien bag den fysiologiske efterbyrdsperiode, vurderer vi, at hun på forsvarligvis kan varetage håndteringen af denne. På baggrund af ovenstående vurderes den eksterne validitet dermed styrket.

5. Diskussion af den kvantitative analyse

I det følgende diskuteres den kvantitative analyses resultater. Først opsummeres analysens vigtigste fund, og dernæst diskuteres betydningen af disse. Ud fra dette vil vi forsøge at vurdere hvilken evidens, der foreligger for aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt hos gravide med lav risiko for PPH.

Analysens væsentligste fund er, at aktiv behandling *ikke* ukritisk bør anbefales til kvinder i lav risiko for PPH, idet denne ikke reducerer forekomsten af PPH ≥ 1000 ml (Dixon et al. 2009, Begley et al. 2011), men derimod kan være behæftet med bivirkninger (Begley et al. 2011:18). Dermed sætter vi spørgsmålstegn ved reviewets konklusion om, at kvinden skal gives et informeret valg imellem de to behandlinger (ibid.:27), fremfor primært at anbefales fysiologisk behandling. Dette begrundes med, at der er risiko for overbehandling af kvinder i lav risiko for PPH ved at anbefale aktiv behandling. Dette begrundes i det følgende.

5.1 Risiko for overbehandling

I analysen fremgår det, at aktiv behandling ikke medfører reduktion i svær PPH ≥ 1000 ml hos kvinder med lav risiko for PPH. I kohortestudiet havde signifikant flere kvinder i den fysiologiske behandling blodtab ≤ 500 ml (Dixon et al. 2009:20). Dette står i kontrast til reviewets fund af aktiv behandlings statistisk signifikante reduktion i PPH mellem 500-1000 ml (Begley et al. 2011:18). Heraf udledes det, at uafhængigt af behandlingsformen tolererer kvinden med lav risiko for PPH et blodtab mellem 500-1000 ml. Dermed kan det diskuteres, om reviewets fund af aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt er klinisk relevant, idet den materielle morbiditet ikke påvirkes. Ligeledes var der ingen statistisk signifikante forskelle imellem behandlingerne ved forekomsten af kirurgisk fjernelse af retineret placentalt væv eller ved vaginal blødning 24 timer til seks uger post partum (ibid.:19). Der fandtes deslige ikke statistisk signifikante forskelle imellem grupperne ved neonatal indlæggelse eller behandling af neonatal icterus. På baggrund af ovenstående medfører dette, at fysiologisk behandling ikke øger maternal og neonatal morbiditet og mortalitet. Ved aktiv behandling er det dog bekymrende, at der ses statistisk signifikant lavere fødselsvægt sammenlignet med fysiologisk behandling. Dette skyldes formentlig tidlig afnavling før ophørt placentalt pulsation (ibid.:19,22). Studier påpeger, at tidlig afnavling reducerer risikoen for behandlingskrævende gulsot. Derimod forbedres den nyfødtes jernstatus op til seks måneders alderen pga. sen afnavling, som typisk foretages ved fysiologisk behandling. Disse resultater formodes dog at være af størst betydning ved præmaturitet (Rabe et al. 2010).

Ved aktiv behandling ses der deslige negative maternelle udkomme så som diastolisk hypertension post partum, smerter post partum, behandlingskrævende efterveer samt genindlæggelser pga. blødning (Begley et al. 2011:27). Disse bivirkninger, sammenholdt med aktiv behandlings ikke-nedsættende effekt ved PPH ≥ 1000 ml hos lavrisiko gravide, medfører risiko for overbehandling ved aktiv behandling af alle gravide. I forhold til dansk klinisk praksis kan bivirkningerne skyldes den profylaktiske indgift med Syntocinon. Almindelige bivirkninger ved Syntocinon kan være opkastning og kvalme, og ikke-almindelige er bl.a. uterinspasmer (medicin.dk), som kan relateres til smertefulde efterveer. Udkomme som hypertension og smerter kan imidlertid være korreleret med bivirkningerne ved Syntometrine (Henderson & Macdonald 2004:1220-21), som ikke anbefales som en profylaktisk del af efterbyrdsperioden i Danmark (SST 2009:156). Endvidere beskrives det, at nogle kvinder oplever, at den fysiologiske behandling kan styrke hendes tillid til kroppens egen formåen pga. intet behov for konkret jordemoderassistance samt undgåelse af mulige bivirkninger (Fry 2007:1). Pga. førnævnte bivirkninger, kvindens oplevelse samt den ikke-overbevisende blødningsnedsættelse vurderer vi, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden ikke rutinemæssigt bør anbefales til kvinder med lav risiko for PPH.

Såfremt der var signifikant reduktion i svær PPH ≥ 1000 ml ved aktiv behandling, ville dette i givet fald opveje de mulige bivirkninger. Imidlertid forefindes dette ikke hos kvinder med lav risiko for PPH, men kun ved kvinder uanset risikovurdering, hvor aktiv behandling reducerer svær PPH ≥ 1000 ml samt maternel hæmoglobinniveau (Begley et al. 2011:17).

5.2 Kliniske retningslinjers kliniske relevans

DSOG anbefaler aktiv behandling til alle fødende som profylakse mod PPH (DSOG 2006:1). Som et eksempel blandt flere danske obstetriske afdelinger, anbefaler Rigshospitalets kliniske retningslinjer ligeledes dette (Rigshospitalet 2011). Engelske NICE anbefaler fortrinsvist aktiv behandling til alle kvinder i deres guideline, hvilket begrundes med reduktion i maternel blødning samt forkortelse af efterbyrdsperioden. Dog betoner NICE, at hvis lavrisiko kvinden ønsker fysiologisk behandling, bør hun støttes heri (NICE 2007:183). Her modificeres den engelske anbefaling, idet der lægges vægt på kvindens ret til et informeret valg. Heraf finder vi det kritisabelt, at ingen af disse retningslinjer nævner bivirkningerne ved aktiv behandling som en del af informationen til kvinden. Dette er på trods af, at disse bivirkninger fremgik af det tidligere Cochrane review fra 2002 (Begley et al. 2011:25), som ovenstående retningslinjer refererer til. Projektets analyse viser, at der nu foreligger flere ulemper end fordele ved aktiv behandling af

lavrisiko gravide. Hvis man fortsætter praksis med aktiv behandling til alle fødende, risikerer man generel overbehandling af lavrisiko fødende med risiko for bivirkninger herved. Derfor vurderes det, at aktiv behandling er en unødvendig intervention i den lavrisiko fødendes efterbyrdsperiode, idet *"unødig brug af medicinske indgreb (...) bør undgås"* (SST 2009:17). Til udvikling af jordemoderfaget skal jordemoderen *"kunne yde en jordemoderfaglig omsorg, der tilgodeser principperne om at gavne og frem for alt ikke at skade og vedkender sig medansvar for, at praksis bygger på veldokumenteret viden"* (Iversen et al. 2010: pkt. 5). Jordemoderens risikovurdering af den individuelle kvindes graviditet og fødsel er her et vigtigt redskab, som bør være implementeret i jordemoderens praksis og i fremtidige guidelines for efterbyrdsperioden. Idet aktiv behandling er blevet anbefalet i Danmark siden 2009 (SST 2009:156), kan det diskuteres, om især nyuddannede jordemødres tryghed ved begge behandlingsformer eksisterer på danske obstetriske afdelinger, idet de formentligt fortrinsvis praktiserer og dermed har erfaring med aktiv behandling. Derfor har de muligvis ikke rutine for individuelt skøn af kvindens risiko for PPH i forhold valg af behandling til gravide med lav risiko for PPH. Vi mener dog, at det til stadighed er jordemoderkundskabens kernekompetence at understøtte fødselens fysiologi, hvilket ligeledes inkluderer efterbyrdsperioden. Jordemoderen er desuden forpligtiget til denne kompetence, idet virksomhedsområdet bl.a. indebærer, at jordemoderen skal understøtte den spontant forløbende fødsel (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001:§ 1).

6. Socialkonstruktivistisk analyse

Med henblik på at besvare hvordan evidens om efterbyrdsperioden er implementeret i jordemoderens praksis set fra en socialkonstruktivistisk tilgang, foretages følgende analyse med Berger og Luckmanns 3-sidede model. Herved ansues kliniske retningslinjer for behandling af efterbyrdsperioden fra et socialkonstruktivistisk perspektiv. To af modellens tre aspekter vil indgå i analysen. Modellen præsenteres nedenfor.

6.1 Berger og Luckmanns 3-sidede model

Berger og Luckmanns 3-sidede model indeholder følgende tre aspekter:

1. Samfundet er et menneskeligt produkt.
2. Samfundet er en objektiv virkelighed.
3. Mennesket er et socialt produkt (Wenneberg 2002:90).

Disse vil i det følgende betegnes som 1: *Eksternalisering*, 2: *Objektivisering* og 3: *Internalisering* (Wenneberg 2002:90; Fuglsang & Olsen 2009:369). Modellen samt dens videnskabsteoretiske positionering beskrives i det følgende. Modellen inddrages løbende i analysen af DSOG's guideline samt kliniske retningslinjer for efterbyrdsperioden.

Berger og Luckmanns 3-sidede model indeholder både ontologiske og epistemologiske perspektiver. Den socialkonstruktivistiske ontologi kommer særligt til udtryk i Berger og Luckmanns 3-sidede model, pkt. 1 og 2, eksternalisering og objektivisering (Fuglsang & Olsen 2009:369). Her ses en holdning af, at fænomener, på trods af deres oprindelse i sociale samspil, tildeles en status som uafhængige af menneskelig aktivitet. Herved udspilles en objektivisering af fænomener, som i udgangspunktet er menneskeskabte (ibid.:370). De to første punkter i Berger og Luckmanns 3-sidede model anvendes i følgende analyse.

Tillige ses i Berger og Luckmanns 3-sidede model et epistemologisk aspekt. Dette ses særligt i modellens pkt. 3, internalisering, hvor de objektiviseredes sociale samspil er grundlæggende for menneskets handlinger og erkendelse af virkeligheden (ibid.:370). Internaliseringsbegrebet diskuteres i opgavens afsluttende diskussion, afsnit 7.

6.2 Præsentation af DSOG's guideline *Postpartum blødning* (2006)

I det følgende præsenteres analysens inkluderede empiri. Denne består af primært af DSOG's guideline for forebyggelse og behandling af PPH (DSOG 2006). Sekundært inddrages kliniske retningslinjer fra flere af landets fødeafdelinger.

Retningslinjerne er inddraget med henblik på at belyse konstruktionen *aktiv behandling af efterbyrdsperioden*. Retningslinjerne anser vi ikke som værende en konstruerende samfundsstruktur i sig selv; nærmere som en del af den samlede konstruktion: aktiv behandling af efterbyrdsperioden som rutinemæssig behandling. Denne samlede konstruktion kan anses som udtryk for tiltro til naturvidenskabelig forskning og evidens. Gennem tiltro til naturvidenskabens forskningsresultater legitimeres konstruktionen omkring aktiv behandling af efterbyrdsperioden, hvorved konstruktionen fremstår som en selvfølgelighed (Wenneberg 2002:92). Dette er udgangspunktet for vores analyse af kliniske retningslinjer for efterbyrdsperioden, hvor Berger og Luckmanns begreber anvendes til illustration heraf.

DSOG's guideline *Postpartum Blødning* (2006) anbefaler aktiv behandling af efterbyrdsperioden til samtlige fødende (DSOG 2006:1). DSOG oplyser ikke om, at der er foretaget revidering af guidelinen, siden den blev forfattet i 2006. Under DSOG's referenceliste henvises der imidlertid ikke til det reviderede Cochrane review (Begley 2011), men kun til den ældre version (Prendiville 2000) (ibid.:6). På organisationens hjemmeside oplyses, at guidelines skal opdateres hvert tredje år, eller når ny, afgørende viden på området fremkommer (DSOG 2012). Hertil tilføjer DSOG, at såfremt der ikke er behov for revision af en guideline, skal det fremgå, hvornår guidelinen sidst er revurderet med henblik på at sikre faglig opdatering (ibid.). Årsagen til den manglende revurdering af DSOG's guideline for PPH er uklar. Derfor er der usikkerhed om, hvorvidt DSOG vurderer Begley et al. 2011 for ny, afgørende viden. Den udeladte revision nævnes pga. dets relevans for argumentationen i analysen af objektiviseringsbegrebet i afsnit 6.4.1.

6.3 Eksternalisering

I Fuglsang og Olsens udlægning af Berger og Luckmanns 3-sidede model kan samfundsmæssige strukturer ses som et udtryk for menneskelig aktivitet; *eksternalisering*, hvor rutiner, vaner og fortolkninger praktiseres (Fuglsang & Olsen 2009:369). Gennem Berger og Luckmanns første udsagn om, at samfundet er et menneskeligt produkt, kommer dette til udtryk. Menneskelig praksis danner således grundlag for samfundets strukturer og institutioner (ibid.:369).

6.3.1 Anskuelse af efterbyrdsperioden

DSOG anbefaler aktiv behandling til samtlige fødende uafhængigt af kvindens risiko for PPH (DSOG 2006:2,7). Fødende med prædisposition for PPH anbefales dog yderligere behandling (ibid.:2).

Guidelinen rummer holdningen af, at efterbyrdsperioden er en potentielt behandlingskrævende tilstand: "*Tidlig postpartum blødning er sædvanligvis voldsomst og er forbundet med størst morbiditet*⁸. *Postpartum blødning ses hos 5-15 % af fødende*" (ibid.:4). Denne udtrykte holdning kan anses som en eksternalisering. Guidelinen eksternaliserer et budskab om, at efterbyrdsperioden indebærer alvorlige risici for den fødende. En forestilling om efterbyrdsperioden som risikabel kan dermed overtages af andre (Wenneberg 2002:91). Dette eksternaliserede budskab giver mulighed

⁸ Sammenlignet med *sen PPH*, dvs. blødning efter 24 timer post partum (DSOG 2006:4).

for gentagne handlemønstre i jordemoderens information til kvinden om valg af behandling af efterbyrdsperioden (Fuglsang & Olsen 2009:368). Dette kan medføre en standardiseret behandling af efterbyrdsperioden med henblik på at undgå svær PPH ≥ 1000 ml.

6.3.2 Vægtningen af evidensen bag anbefalinger

Ligeledes eksternaliseres viden fra kvantitativ forskning i DSOG's guideline. I denne præsenteres læseren for evidensen bag den pågældende anbefaling:

"Ved at aktiv behandling af efterbyrdsperioden (se 'profylakse') reduceres forekomsten af PPB (tilsvarende PPH, vores egen tilføjelse) fra 14 % til 5 % og forekomsten af svær PPB fra 3 % til 1 %" (DSOG 2006:1).

I ovenstående citat informeres læseren om, hvad man *ved* om aktiv behandlings effekt på PPH-frekvensen. Oplysningerne baseres på naturvidenskabelige studiers resultater (ibid.:19-20). I ovenstående citat udtrykkes der således tiltro til naturvidenskabens resultater gennem oplysningens faktuelle fremstillingsform. DSOG udtrykker en definitiv viden herom, idet naturvidenskabelig forskning har påvist evidens for sammenhængen mellem behandling og effekt. Som baggrund for anbefalingen beskrives endvidere:

"På trods af forbedrede muligheder for behandling af post partum blødning er det stadig en væsentlig årsag til morbiditet og mortalitet i både ulande og veludstyrede moderne hospitaler (...). Profylakse, tidlig diagnose og hurtig behandling er nøglebegreber i indsatsen mod postpartum blødning" (ibid.:4).

Igen præsenteres læseren for tiltroen til aktiv behandling som en nødvendig intervention under efterbyrdsperioden. Alvorligheden understreges ved pointeringen af PPH som væsentlig årsag til maternel morbiditet og mortalitet på selv veludstyrede, moderne hospitaler.

Desuden oplyses der om "nøglebegreber" i indsatsen mod PPH. Når betegnelsen "nøglebegreb" inddrages i denne sammenhæng, kan læseren få opfattelsen af, at man med sikkerhed ved, hvordan PPH forebygges. Derved eksternaliseres der, at naturvidenskabelig evidens kan frembringe sikker viden. Eksternaliseringen kan siden virke konstruerende for læserens fortolkning af korrekt behandling af efterbyrdsperioden, hvormed aktiv behandling anses som det selvfølgelig valg af behandling (Fuglsang & Olsen 2009:369).

6.4 Objektivisering

Objektivisering forstås som, når en samfundsstruktur eller institution er etableret. Her synes forbindelsen til dens oprindelse i menneskelig praksis at forsvinde, og således ”*kappe(s) navlestrengen over til deres egen tilblivelsessammenhæng*” (Fuglsang & Olsen 2009:369). Dette kaldes også *reificering*, dvs. tingsliggørelse, hvor samfundets strukturer og institutioner kommer til at fremstå, som om de ikke kunne være anderledes (Wenneberg 2002:92-93). Heri ligger en opfattelse af, at samfundet er en objektiv virkelighed (Fuglsang & Olsen 2009:369). Objektivisering kan beskrives som resultatet af, når aktiv behandling af efterbyrdsperioden får status som uomgængeligt eller en selvfølge (Wenneberg 2002:92). Dette kan forklares ved at gennemgå hhv. DSOG’s guideline for efterbyrdsperioden samt ved at se nærmere på danske hospitalers kliniske retningslinjer for efterbyrdsperioden.

6.4.1 Objektivisering i DSOG’s guideline for efterbyrdsperioden

I det følgende beskrives, hvordan DSOG’s guideline kan være et eksempel på objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden.

DSOG’s guideline foreslår aktiv behandling af efterbyrdsperioden til alle fødende (DSOG 2006:2). Guidelinen udformes blandt andet på baggrund af Cochrane reviewet *Active versus Expectant management in the Third Stage of Labour* (Prendiville et al. 2000) (ibid.:6). Heraf udleder DSOG, at aktiv behandling er at foretrække, samt at der ikke ses forskel på effektens størrelse, når man skelner mellem kvinder med høj og lav risiko for PPH (ibid.:6). Denne konklusion divergerer fra det opdaterede review af Begley et al. fra 2011, som er analyseret tidligere i opgaven. Begley et al. 2011 konkluderer, at der ses statistisk signifikant forskel på behandlingseffekten, alt efter kvindens risiko for PPH (Begley et al. 2011:27). På trods af, at Begley et al. 2011 frembringer en forandret konklusion i forhold til det foregående review, har DSOG hverken opdateret eller ændret deres anbefaling om aktiv behandling til fødende med lav risiko for PPH. Dette er i modstrid med DSOG’s målsætning om revidering af guidelines hvert tredje år, eller når ny, afgørende viden fremkommer. Dette giver anledning til at kritisere, hvorvidt anbefalingen aktuelt er evidensbaseret, eller nærmere er rodfæstet i vaner og rutinemæssig praksis for efterbyrdsperioden. Ovenstående kan derfor være et eksempel på, hvordan praksis for aktiv behandling af efterbyrdsperioden er objektiviseret. Praksissen er implementeret på en sådan vis, at den profylaktiske aktive behandling fremstår som *det rigtige valg* - også hos fødende med lav risiko for PPH. Dermed kan udforskning af alternativer synes overflødig.

6.4.2 Kliniske retningslinjer som udtryk for objektivisering

Samme tendens viser sig i flere danske hospitalers kliniske retningslinjer for efterbyrdsperioden. Blandt andre kan nævnes, at Danske Regioner anbefaler samtlige fødende 10 IE Syntocinon i forbindelse med efterbyrdsperioden, og refererer til DSOG som kilde (Danske Regioner 2012). Danske Regioner refererer desuden til den ældre version af Cochrane reviewet *Active versus Expectant management in the Third Stage of Labour* (Prendiville 2000). Danske Regioners retningslinje er fagligt revurderet i marts 2012 (Danske Regioner 2012), hvilket bestyrker vores eksempel på objektivisering af konstruktionen aktiv behandling af efterbyrdsperioden. Lignende retningslinjer gives af flere danske institutioner (Hvidovre Hospital 2012, Hillerød Hospital (intet udgivelses- eller revideringsår angivet), Skejby Universitetshospital 2012, Rigshospitalet 2011, Region Syddanmark 2012⁹). Samtlige retningslinjer refererer ligeledes til DSOG's guideline og/eller Cochrane reviewet fra 2000.

Region Syddanmark skriver i sin kliniske vejledning, at "*alle fødende får inj. Syntocinon 10 IE i.m. (af jordemoder) efter barnets fødsel*" (Region Syddanmark 2012). I dette citat bemærkes særligt ordvalget: "*Alle fødende får inj. Syntocinon*". Ordvalget beskriver Syntocinon post partum som en selvfølgelighed, uden henstilling til informeret samtykke eller kvindens mulighed for alternative behandlingsformer. Hillerød hospital vælger at udtrykke følgende i deres retningslinje for behandling af efterbyrdsperioden: "*Der anbefales en aktiv fødsel af placenta, idet det beviseligt mindsker blødningsmængden og risikoen for transfusion*" (Hillerød Hospital (intet udgivelses- eller revideringsår angivet)). Naturvidenskabelige resultater beskrives her som *bevis* for aktiv behandlings effekt, som derved fremstår som et fornuftigt og logisk valg af behandling. Ved at referere til en *beviselig*, blødningsnedsættende effekt ved aktiv behandling, tilsløres konstruktionens oprindelse i samfundsmæssig praksis (Fuglsang & Olsen 2009:370). Herved sker en objektivisering af konstruktionen aktiv behandling af efterbyrdsperioden (Wenneberg 2002:92).

Ingen af de ovenstående retningslinjer referer til det fornyede Cochrane review af Begley et al. fra 2011, men refererer derimod til den ældre version af samme review (Prendiville 2000). Der kan således argumenteres for, at praksis for aktiv behandling af efterbyrdsperioden er blevet reificeret; behandlingen fremstår, som om den ikke kan være anderledes (Wenneberg 2002:92-93). Det er dermed uvæsentligt for institutionerne at opsøge ny viden på området, såfremt bedste løsning

⁹ Årstal for retningslinjerne er udtryk for udgivelsens seneste revideringsdato.

allerede formodes anvendt. Derved findes der belæg for, at konstruktionen aktiv behandling af efterbyrdsperioden er objektiviseret.

6.5 Delkonklusion af den socialkonstruktivistiske analyse

Gennem analysen finder vi belæg for, at der i kliniske retningslinjer eksternaliseres en tiltro til naturvidenskabelig evidens som værende en del af jordemoderens praksis. Dog mener vi, at der er uoverensstemmelse mellem evidens, som ligger til grund for retningslinjerne og ny evidens på området. Idet evidensen, som er implementeret i retningslinjerne, kan få behandlingen til at fremstå som en selvfølgelighed, findes der belæg for objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden.

7. Diskussion

I det følgende sammenholdes og diskuteres analysernes vigtigste fund. Desuden diskuteres mulige konsekvenser ved objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden. Dette diskuteres blandt andet ved at inddrage internaliseringsbegrebet fra Berger og Luckmanns 3-sidede model.

Diskussionen afsluttes med en kritisk diskussion af egen arbejdsproces.

7.1 Sammenhæng mellem jordemoderens erfaring og objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden

Begrebet internalisering, som er fravalgt i analysen, diskuteres her med henblik på vurdering af sammenhængen mellem jordemoderens erfaring med fysiologisk behandling og objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden. Dette anses som en mulig konsekvens af, hvordan evidens er implementeret i jordemoderens praksis for behandling af efterbyrdsperioden.

Et af reviewets inkluderede studier (Begley 1990) finder, at PPH-frekvensen ved fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden reduceres i takt med jordemødrenes erfaring med den fysiologiske behandling øges (Begley et al. 2011:17). Dette fund relateres her til opgavens analyse af danske kliniske retningslinjer, hvor der argumenteres for, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden er objektiviseret, og dermed kan internaliseres af den enkelte jordemoder (Fuglsang & Olsen 2009:370). Dvs. at den objektiviserede, aktive behandling danner grundlag for jordemoderens holdninger og vurdering ved behandling af efterbyrdsperioden. Såfremt jordemoderen udelukkende

udfører aktiv behandling af efterbyrdsperioden, vil jordemoderens erfaring med fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden efterhånden reduceres.

Evidensbaseret medicin (EBM) består af tre komponenter ud fra David Sacketts bredt accepterede definition: Forskning, klinikerens skøn samt patientens ønske (Sackett et al. 1996:1). Gennem denne definition af EBM tildeles klinikerens skøn således værdi for valget af behandling. Ud fra artiklen *Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven* (Jensen 2004) diskuteres EBM op imod ovenstående fund fra projektets socialkonstruktivistiske analyse. Når klinikerens observationer og skøn tildeles værdi for valget af behandling, afhænger behandlingens kvalitet derfor til dels af klinikerens evner og erfaringer (ibid.:22). Sparsom erfaring med efterbyrdsperioden, mener vi, kan skyldes internalisering af den objektiviserede, aktive behandling af efterbyrdsperioden. Jordemoderen risikerer dermed at reducere egne kompetencer i forhold til fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden, og frembringe et ringere skøn i forhold til den fysiologiske efterbyrdsperiode (ibid.:22). En objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden, som efterfølgende muligvis internaliseres af jordemoderen, mener vi derfor, kan medføre forringelse af jordemoderens kompetencer ved fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Ovenstående kan i yderste konsekvens betyde, at man inden for EBM bør overveje at nedgraduere værdien af jordemoderens skøn ved fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden.

7.2 Skønnet i praksis

I det foregående afsnit er det beskrevet, hvorledes objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden kan have betydning for jordemoderens skøn. I det følgende diskuteres skønnets betydning for praksis, samt hvorfor det jordemoderfaglige skøn er vigtigt for kvindens valg af behandling under efterbyrdsperioden. I diskussionen inddrages Kari Martinsens udgivelse *Samtalen, skønnet og evidensen* (Martinsen 2006).

Regler, kliniske retningslinjer, teknikker og faktuel viden beskrives som vigtige forudsætninger for at yde omsorg (ibid.:160). Dog kan omsorgen ikke baseres på disse alene (ibid.:160). Jordemoderen bør forholde sig reflekterende til de faste rammer for praksis, og behøver dømmekraft ved individuel vurdering af kvindens risiko for PPH samt hendes ønsker for behandling (ibid.:160). Heri ligger skønnet; når omsorg og handling i en konkret situation tilrettelægges ud fra jordemoderens

refleksion over regler og fakta, ud fra kendskab til kvindens præferencer samt risiko for PPH (ibid.:160). Såfremt jordemoderen ikke reflekterer over vanlig praksis, kan dette medføre, at jordemoderens mulighed for at udøve, og kvindens mulighed for at modtage individualiseret behandling af efterbyrdsperioden, forringes. Derved kan skønnet miste sin værdi for kvindens valg af behandling. Jordemoderen risikerer at blive fastlåst i den objektiviserede aktive behandling, hvormed kvinden ligeledes fastlåses i denne praksis. Dette uddybes gennem følgende citat:

”Sættes den anden person fast gennem vore sproglige væremåder, forholder vi os ikke skønnende til normerne. Et ikke-skønnende forhold til normerne er at lade sig okkupere af dem. Da mister man den produktive distance, så skønnet ikke får et rum at bevæge sig i. Sprogligt får vi ikke den anden med i kommunikationen om normen” (ibid.:126).

På baggrund af projektets socialkonstruktivistiske analyse, hvor der argumenteres for objektivisering af aktiv behandling af efterbyrdsperioden, finder vi belæg for at kunne betegne denne behandling som en norm¹⁰. Jordemoderens skøn i forhold til normen kan derved anses som grundlag for den individuelle vurdering, som tillader kvinden medindflydelse i sit valg af behandling. Forholder jordemoderen sig ikke-skønnende til den aktive behandling, nedsættes kvindens mulighed for at foretage et informeret valg af behandling. En nedgraduering af skønnets værdi i denne sammenhæng, mener vi derfor, kan føre til forsømmelse af kvindens ret til at foretage et informeret valg, samt medføre risiko for overbehandling af kvinder med lav risiko for PPH.

7.3 Kvantitativ evidens

Kvantitativ evidens diskuteres, da der i projektets problemstilling ønskes at søge svar på hvilken *evidens*, der foreligger for, at aktiv behandling af efterbyrdsperioden nedsætter post partum blødning hos den gravide med lav risiko for PPH. I det følgende inddrages citater af Uffe Juul Jensen for at diskutere evidens-begrebet.

Inden begrebet evidens blev almindelig tale i sundhedsvæsenet, berørte filosofen John Austin dette tilbage i 1962 (Jensen 2004:23). Austin begrunder *”at man må forstå det enkelte, før man kan forstå det komplicerede”*. Han forsøger at illustrere opfattelsen af, at begrebet evidens benyttes i

¹⁰ Norm defineres her som en alment anerkendt regel, der ikke er nedskrevet (Politikens Ordbøger 2001:963).

simple sammenhænge. Dette beskrives som f.eks. i dagligdagen og vores omgivelser, som sædvanligvis ikke findes tvivlsomt. Med en gris som eksempel, forsøger Austin at vise, hvordan ovenstående kommer til udtryk:

Der foreligger forskellige tegn på, at der er en gris i min baghave. Du kan se svinefoder, som du opfatter som evidens for at grisen eksisterer. Du kan nu lugte grisen og der foreligger yderligere evidens (ibid.:24). Du vil dog stadig ikke være sikker på, at min påstand er sand. Nu ser du grisen og spørgsmålet om evidens af grisen i min baghave vurderes nu irrelevant (ibid.:24). Gennem denne illustration vises, at evidens er udtryk for en usikker viden, og dermed ikke kan betragtes som et direkte, gyldigt bevis.

Vi tolker den usikre evidens som evidensen for aktiv versus fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Dette er en evidens, som løbende vil være i forandring. Dette ses ved ændring af konklusionen fra den tidligere udgave af Cochrane reviewet fra 2002 til den opdaterede version fra 2011. Evidensen er dermed ikke konstant, med derimod i forandring. Ved den kvantitative analyse af empirien, Begley et al. 2011 samt Dixon et al. 2009, mener vi, at fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden bør tilbydes til gravide med lav risiko for PPH. Dette er i midlertidig kun et billede på sandsynligheden for, at resultatet afspejler det "sande" (Andersen & Matzen 2005:75), og det kan forventes, at denne evidens inden for efterbyrdsperioden forandres med tiden.

Den konstante viden, der er forbundet med efterbyrdsperioden tolkes af os som potentiel risiko for et blodtab med døden til følge. Hvis kroppen udsættes for et tilstrækkeligt stort blodtab, vil hjertet på et givent tidspunkt stoppe med at slå og man vil dø. Denne viden er almenlydig, og vi sætter derfor ikke spørgsmålstejn ved evidensen af dette.

Derimod vil vi i det følgende diskutere evidens af, hvor stor blodmængde den fødende med lav risiko for PPH kan tolerere at miste under efterbyrdsperioden, uden at dette får konsekvenser for hendes morbiditet og mortalitet. Denne viden vurderes som usikker, og man kan derfor tale om evidensen for dette.

Uffe Juul Jensen refererer til medicineren Archie Cochrane¹¹, som under anden verdenskrig var læge og krigsfange i en tysk fangelejr (Jensen 2004:24). Under en faretruende epidemi forudså han fatale konsekvenser for befolkningen i fangelejren. Til Cochranes overraskelse omkom kun fire krigsfanger (ibid.:24-25). Ved denne begivenhed tilføjede Cochrane, at han nu havde oplevet "*den relativt ringe betydning behandling har, sammenlignet med den menneskelige krop*

¹¹ Dr. Med. Archibald Leman Cochrane (1909-1988): Pioner indenfor evidensbaseret medicin og databasen Cochrane Collaboration (Jensen 2004:20-21).

selvhelbredende kræfter” (ibid.:25). Her menes, at behandlingens formåen er begrænset sammenlignet med kroppens egen evne til helbredelse. Under analysen af den kvantitative empiri vurderes det, at kvinder, som har gode ernæringsmæssige ressourcer, vil være mere tolerante overfor blodtab mellem 500 – 1000 ml. Som tidligere fremlagt i den kvantitative analyse, kan det vurderes om ovenstående resultat er af klinisk relevans. Dette begrundes med, at den normale fysiologi forbereder kvinden til et eventuelt blodtab under fødslen via en stigning i hhv. blodvolumen, erytrocyt- og hæmoglobinniveau (Coad 2005:263). Uffe Juhl Jensen tilføjer til Cochranes citat, at når man kender til viden om kroppens selvhelbredende kræfter, kan denne viden forbindes med forskning samt søgning af ny viden (Jensen 2004:26). Kohortestudiet finder reduceret PPH ved den fysiologiske behandling, hvorimod reviewet finder signifikant øget forekomst af PPH 500 – 1000 ml hos den fysiologiske behandling. Da vi i projektet har sat spørgsmålstegn ved den kliniske relevans ved blodtab mellem 500 – 1000 ml, søger vi yderligere at forstå konsekvenserne af et sådant blodtab. Vi lægger hermed op til, at der bør forskes mere indenfor den normale fysiologi hos kvinder med lav risiko for PPH. Med viden herom formodes det, at jordemoderens råderum til at skønne behandlingsmulighederne vil øges for kvinden med lav risiko for PPH.

7.4 Metodekritik

I det følgende diskuteres valg af metode til besvarelse af projektets problemformulering, samt hvilken betydning den valgte metode har for projektets konklusion. Herunder redegøres for vores egen forforståelse omkring projektets problemfelt.

Til besvarelsen af hvilken evidens, som foreligger for aktiv behandlings blødningsnedsættende effekt hos kvinder med lav risiko for PPH, anvendes reviewet af Begley et al. (2011) samt kohortestudiet af Dixon et al. (2009). Denne empiri har afgørende betydning for projektets konklusion. Såfremt vi havde valgt inklusion af anden empiri, ville projektets konklusion givetvis være anderledes. Dixon et al. er inddraget, efter vi fik kendskab til studiet gennem læsningen af reviewet Begley 2011. Begley et al. nævner, udover projektets inkluderede kohortestudie, også et hollandsk studie (Bais 2004), som er ekskluderet som empiri i projektet. Dixon et al. er valgt frem for det hollandske studie, idet Dixon et al. 2009 vurderedes at være af højere metodisk udførelse samt inkluderer en større population. På baggrund af dette vurderedes Dixon et al. mere validt.

Inddragelse af det hollandske studie ville muligvis kunne bevirke en ændret konklusion i projektet. Vi mener dog, at projektets konklusion styrkes gennem inddragelse af et mere validt studie.

Etiske Retningslinjer for Jordemødre foreskriver, at jordemoderen bør gavne, og frem for alt ikke skade (Iversen et al. 2010:pkt. 5). Dette princip oplever vi som grundlæggende for jordemodervirksomheden, og er desuden implementeret i vores egen forforståelse. Vi ønsker at undgå unødige indgreb, og oplever en tiltro til, at kvindens krop har en naturlig evne til at gennemgå en fødsel uden indgreb. Heraf kan det kritiseres, at vi finder et resultat, som stemmer overens med denne forforståelse. På trods af denne forforståelse, mener vi dog, at andre ville opnå samme konklusion ved gennemgang af projektets empiri. Desuden er vores konklusion ikke i modstrid med konklusionen fra hverken Begley et al. (2011) eller Dixon et al. (2009). Vi mener ikke, at vores forforståelse med ønske om at understøtte normale processer har været afgørende for projektets konklusion. Dette mener vi, idet vi i gruppen startede ud med uenighed om, hvorvidt det valgte emne ville være relevant at belyse. Først efter læsning af Begley et al. (2011), hvor vi ser en uoverensstemmelse mellem reviewets konklusion og danske retningslinjer, nåede vi til enighed om valget af projektets problemfelt. Derfor mener vi, at vi selv på trods af ovennævnte forforståelse delvist har internaliseret den objektiviserede kultur omkring aktiv behandling af efterbyrdsperioden, som belyses i opgaven. Gennem det valgte problemfelt mener vi således, at vi er blevet opmærksomme på egne internaliserede holdninger omkring efterbyrdsperioden.

Fravalget af internaliserings-begrebet i Berger og Luckmanns 3-sidede model i projektets socialkonstruktivistiske analyse har flere implikationer. Internaliseringen vil eksempelvis være udtryk for jordemoderen normer, holdninger og handlemønstre i forbindelse med efterbyrdsperioden (Wenneberg 2002:93). Analyse ud fra internaliserings-begrebet er ikke muligt ud fra kliniske retningslinjer alene, og ville således fordre inklusion af eksempelvis humanvidenskabelig kvalitativ empiri. Herved ville man gennem interviews eller observation af de fødende og jordemødrene, kunne analysere Berger og Luckmanns internaliserings-begreb mere indgående. Vi mener, at internaliserings-begrebet vil være relevant at undersøge nærmere, da jordemoderen er ansvarshavende for behandling af den ukomplicerede efterbyrdsperiode, samt at kvindens valg og ønsker bør være styrende for valget af behandling. Herunder ville det være interessant at undersøge, hvordan nyuddannede jordemødre forholder sig til efterbyrdsperioden. Idet aktiv behandling af efterbyrdsperioden anbefales til alle fødende (SST 2009:3,156), mener vi, at

nyuddannede jordemødre muligvis ikke har erfaring med fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden. Dermed kan de muligvis være internaliserede til en objektiviseret opfattelse af aktiv behandling af efterbyrdsperioden. Desuden forestiller vi os, at kvindens og jordemoderens holdning til aktiv behandling af efterbyrdsperioden vil være interessant at undersøge. Kvindens holdning og oplevelse af efterbyrdsperioden bør være centralt for valget af behandling. Dog har vi sjældent oplevet, at kvinderne stiller spørgsmålstejn ved den anbefalede behandling. Den nuværende, kliniske praksis for aktiv behandling af efterbyrdsperioden vil muligvis kunne undersøges gennem observationsstudier og interviews med hhv. kvinden og jordemoderen.

8. Konklusion

I projektets kvantitative analyse ses der ingen statistisk signifikant reduktion i PPH ≥ 1000 ml ved aktiv behandling af efterbyrdsperioden hos den gravide med lav risiko for PPH. Et newzealandsk kohortestudie (Dixon et al. 2009) viser, at fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden nedsætter PPH både ≥ 500 ml samt ≥ 1000 ml hos gravide med lav risiko for PPH. Imidlertid ses der i et revideret Cochrane review (Begley et al. 2011), at PPH 500 – 1000 ml reduceres ved aktiv behandling af kvinder med lav risiko for PPH. Denne statistiske signifikans ses på baggrund af en gennemsnitlig blødningsreduktion på ca. 80 ml. Vi vurderer, at et blodtab 500 ml – 1000 ml samt en forskel på ca. 80 ml ikke er klinisk relevant. Dette begrundes med, at gravide i Danmark anbefales at indtage jerntilskud, der ligesom den normale fysiologi under graviditeten, forbereder kvinden til et eventuelt blodtab ved fødslen. Dette sker via øget blodvolumen, erytrocyt- og hæmoglobinniveau. Det vurderes derfor, at kvinder i Danmark er tolerante overfor blodtab af 500 – 1000 ml.

Yderligere foreligger der flere bivirkninger ved den aktive behandling i form af diastolisk hypertension, smertefulde efterveer med behov for smertelindring, flere genindlæggelser samt reduceret fødselsvægt hos barnet. Det vurderes, at kvinden med lav risiko for PPH ikke bør udsættes for ovenstående bivirkninger på baggrund af reviewet samt kohortestudiets resultater for PPH ved aktiv versus fysiologisk behandling. Med anbefalinger om aktiv behandling af efterbyrdsperioden til alle fødende uafhængigt af risikostatus for PPH, mener vi, at kvinder i lav risiko for PPH udsættes for overbehandling. På baggrund af ovenstående anbefaler vi, at kvinden med lav risiko for PPH bør tilbydes fysiologisk behandling af efterbyrdsperioden.

Evidensen i jordemoderens praksis implementeres via eksternaliseringen af tiltro til naturvidenskabelig evidens. Således bliver evidensen i kliniske retningslinjer en selvfølgelig del af jordemoderens praksis for efterbyrdsperioden. Dog mener vi, at der er en uoverensstemmelse mellem den evidens, som ligger til grund for de nuværende retningslinjer, og den nyeste evidens på området. Idet retningslinjernes evidens kan få aktiv behandling til at fremstå som en selvfølgelighed, findes der belæg for objektivisering af aktiv behandling fremstående som evidens uafhængigt af menneskelig praksis, skønt evidensen er foranderlig. Det vurderes desuden problematisk, at de nuværende kliniske retningslinjer ikke er baseret på nyeste og bedst foreliggende evidens.

Den objektiviserede, aktive behandling internaliseres muligvis af jordemoderen, og danner grundlag for hans/hendes holdning og vurdering ved valg af behandling af efterbyrdsperioden. Forholder jordemoderen sig ikke-skønnende til den aktive behandling og kvindens individuelle risiko for PPH, vurderes det, at man nedsætter kvindens mulighed for at foretage et informeret valg af behandling. Hvis skønnet ikke bibeholdes i jordemoderens praksis for efterbyrdsperioden, kan dette føre til forsømmelse af kvindens retsstilling og risiko for generel overbehandling af kvinder med lav risiko for PPH.

Afslutningsvis henstiller vi til vigtigheden af, at jordemoderen forholder sig kritisk reflekterende til evidensen for aktiv behandling, som fortsat er implementeret i jordemoderens praksis via anbefalinger og kliniske retningslinjer. Dette begrundes med, at det til stadighed er jordemoderens kernekompetence at understøtte den spontant forløbende fødsel, hvilket inkluderer efterbyrdsperioden.

9. Kildehenvisning

Andersen, I.B., Matzen, P. (2005): *Evidensbaseret Medicin*. 1. udgave, 1. oplag. Gads Forlag, København.

Andersen, N. A., Osler, M. (2004): *Kohorteundersøgelser for nybegyndere*. Ugeskrift for Læger. 166/15-16. April.

Andersen, S, E. (2005): *Effektiv artikellæsning*. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2005:86.

Andersson, I. (2008): *Epidemiologi for sundhedspersonale – en introduktion*. 1. udgave. Gads Forlag. København.

Begley C.M. et al. (2011): *Active versus Expectant management for Women in the Third Stage of Labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub3.

Cleophas T.J, Zwinderman A.H. (2008) *Random effects models in clinical research*. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008 Aug;46(8):421-7.

Coad, J. (2005): *Anatomy and physiology for midwives*. 2. udgave. Elsevier Churchill Livingstone, London.

Danske Regioner (2012): *Post partum blødning*. Lokaliseret d. 8/5 2012 via: <http://laegehaandbogen.dk/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/post-partum-blodning-8531.html>

Dixon, L. et al. (2009): *Midwives care during the Third Stage of Labour: An analysis of the New Zealand College of Midwives. Midwifery Database 2004 -2008*. I: New Zealand College of Midwives Journal, vol. 41, s. 20-45.

DSOG (2006): *Postpartum blødning*. Lokaliseret d. 19/4 2012 via: http://www.dsog.dk/files/postpartum_bloedning.pdf

DSOG (2012): *Legale forhold*. Lokaliseret d. 26/5 2012 via: <http://www.dsog.dk/>

Fry, J. (2007): *Physiological Third Stage of Labour; support it or Lose it*. British Journal of Midwifery, november 2007, vol. 15, no. 11.

Fuglsang, L., Olsen, P.B. (2009): *Statistik i samfundsvidenskaberne – På tværs af fagkultur og paradigme*. 2. udgave, 4 oplag. Roskilde Universitetsforlag.

Henderson, C., Macdonald, S. (2004): *Maye's Midwifery. A Textbook for Midwives*. 13. udgave, 1. oplag. Elsevier Limited.

Hillerød Hospital (intet udgivelses- eller revideringsår angivet): *Partus normalis, den normale fødsel*. Lokaliseret d. 8/5 2012 via:
http://www.hillerodhospital.dk/NR/rdonlyres/33F48067-6682-4866-90F6-59CFF4BC911B/0/PartusNormalis_DenNormaleFoedsel.pdf

Holm, A. B. (2011): *Videnskab i virkeligheden – en grundbog i videnskabsteori*. 1. udgave, 2. oplag. Samfundslitteratur. Frederiksberg.

Hvidovre Hospital (2012): *Blødning, post partum*. Lokaliseret d. 8/5 2012 via:
<http://gyncph.dk/procedur/obstet/blodpost.htm>

Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., Nedergaard, P. (2010): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels forlag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2001): *Cirkulære om jordemodervirksomhed*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010): *Sundhedsloven*. [Kap. 5: Patienters medinddragelse i beslutninger](#).

Iversen, R. et al. (2010): *Etiske Retningslinjer for Jordemødre*. Lokaliseret d. 11/4 2012 via:
<http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/etiske-retningslinjer/>

Jensen, U. Juul (2004): Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – Eller faren ved at være mere katolsk end paven. Findes i *Viden og evidens i forebyggelsen*. S. 19-29. Sundhedsstyrelsen.

Lund, H., Røgind, H. (2004): *Statistik i ord*. 1. udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark. København.

Medicin.dk: Lokaliseret d. 8/4 2012 via:
<http://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/grupper/139010>

Martinsen, K. (2006): *Samtalen, skønnet og evidensen*. 1. udgave. Gads Forlag.

NICE (2007): *Intrapartum care: Care of Healthy Women and their Babies during Childbirth*. Lokaliseret d. 23/4 2012 via: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>

Politikens Ordbog (2001): *Politikens Nudansk Ordbog med etymologi*. 2. udgave, 3. Oplag. Politikens Forlag A/S. Finland.

Rabe, H. et al. (2010): *Early versus Delayed umbilical cord clamping in Preterm Infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, issue 2.

Region Syddanmark (2012): *Blødning efter fødsel og senabort*. Lokaliseret d. 8/5 2012 via:
<http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/files/dokument16549.htm>

Rigshospitalet (2011): *Post Partum Blødning*. Rigshospitalet, Obstetrisk Klinik.

Sackett, D.L. et al. (1996): *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*. British Medical Journal 1996; 312.

Skejby Universitetshospital (2012): *Blødning efter fødsel og sen abort*. Lokaliseret d. 8/5 2012 via:

[http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_702633.NSF/UNIDInformationsdokumenter/75B56CE7FA07947CC12576A70048809E/\\$File/DOM75B56CE7FA07947CC12576A70048809E8QKBHR.pdf](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_702633.NSF/UNIDInformationsdokumenter/75B56CE7FA07947CC12576A70048809E/$File/DOM75B56CE7FA07947CC12576A70048809E8QKBHR.pdf)

Sohlberg, P., Sohlberg, B. (2004): *Erkendelsens former – Videnskabsteori og forskningsmetode*. 1. udgave. Forlaget Klim

Sundhedsstyrelsen (SST) (2009): *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 1. udgave, 1. oplag. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen 1: [Checkliste 1 - Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser](#). Lokaliseret d. 20/4 2012 via:

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Litteraturvurdering/Checkliste_1.aspx

Sundhedsstyrelsen 2: [Checkliste 2 - Randomiserede kontrollerede undersøgelser](#). Lokaliseret d. 20/4 2012 via:

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Litteraturvurdering/Checliste_2.aspx

Sundhedsstyrelsen 3: [Checkliste 3 – Kohorteundersøgelser](#). Lokaliseret d. 20/4 2012 via:

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Litteraturvurdering/Checliste_3.aspx

Sørensen, L. J. et al. (2011): *Ars Pariendi – Håndgreb og akut behandling ved fødsler*. 1. udgave. Munksgaard. København

Taaning, E. et al. (2010): *Immunologi og transfusionsmedicin*. 3. udgave. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk. København.

Wenneberg, S.B. (2002): *Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver*. 1. udgave, 2. oplag. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

WHO (1996): *Care in Normal Birth: a practical guide*. Department of reproductive health and research. World Health organization.

Wulff, H.R., Gøtzsche, P.C. (2006): *Den ukontrollerede erfaring. I: Rationel Klinik*. 5. udgave. Munksgaard, København.

10. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgeprotokol

Bilag 2: Kædesøgning

Bilag 3: SST Checkliste, Begley et al. 2011

Bilag 4: SST Checkliste, Dixon et al. 2009

Bilag 5: Resumé af Begley et al. (2011): *Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Review)*.

Bilag 6: Dixon et al. (2009): *Midwives Care during the Third Stage of Labour: An analysis of the New Zealand College of Midwives Midwifery Database 2004- 2008*.