

Miten sektioprosentti laskee

Nanneli Pallasmaa
Erikoislääkäri, TYKS Naistenklinikka
SGY:N kevätkoulutuspäivät
25-26.4.2010, Helsinki

SISÄLTÖ

- Miksi sektioprosentin pitäisi laskea?
- Mikä on oikea sektioprosentti?
- Strategioita sektioprosentin pienentämiseksi
- TYKS:n kokemus
- Yhteenveto

MIKSI SEKTIOPROSENTTIA
PITÄISI LASKEA?



Komplikaatiot: CS vs. VD

- Keisarileikkaukseen liittyy alatiesynnytystä enemmän äidin komplikaatioita
- Suomessa 2002 hengenvaarallisia komplikaatioita keisarileikkauksissa vs. alatiesynnytyksissä: 1.9% vs. 0.6% (*Pallasmaa & al. Acta Obstet Gynecol Scand 2008*).
- Elektiivinen sektio vs. ”aiottu alatiesynnytys” (spontaani VD, instrumentaali VD, päivystyssektio): vakavia komplikaatioita 1.9X (*Pallasmaa & al. Acta Obstet Gynecol Scand 2008*).
- Äitiyskuolleisuus sektioihin liittyen 3.6x vs. VD (sairauksien ja raskaus-komplikaatioiden suhteen vakioituna). PäivystysCS vs. elektiivinenCS 1.4X. (*Deneux-Tharaux C & al. Obstet Gynecol 2006*).

Vastasyntyneen kannalta

- Sektiolla syntynyt menettää alatiesynnytyksen hyödyt
- Hengityksen ja muiden elintoimintojen käynnistyminen (elektiivinen CS vs. VD NICU 3.6X) (Fogelson NS & al. Am J Obst Gynecol 2005)
- Tarkoituksenmukaisen mikrobialtistuksen menettäminen (allergisten oireiden ja astman lisääntyminen?)
- Pehmeät arvot (imetus, vuorovaikutus)

MIKÄ ON OIKEA
SEKTIOPROSENTTI?



Oikea sektioprosentti?

- Sektioprosentti Suomen synnytyssairaaloissa 8.6% - 24.4%
- Yliopistosairaaloissa 12.3% -24.4%
- USA > 30%, Italia >30%, Ruotsi >20%

Oikea sektioprosentti?

- Williams (1866-1933):” The excellence of an obstetrician should be gauged not by the number of cesareans which he performs, but rather by those which he does not do.”
- Williams oli huolissaan nousevasta sektioprosentista, kun se uhkasi nousta yli 5%:n

Vaaraantuuko sikiö, jos sektioprosentti laskee?

- Suomessa länsimaisittain matalat sektioluvut, silti PNM ja MM-luvut matalimpien joukossa.
- WHO: kun indikaatiot on asetettu oikein, sektioprosentti 10-15 on sopiva.
- Joffe & al: 10% -12% optimaalinen äidin ja sikiön kannalta (Joffe M & al: J Epidemiol Community Health 1994;48:406-411).

Miksi sektioprosentti vaihtelee?

- Erilaiset potilaat? Useissa ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu, että potilasaineiston erilaisuus selittää vain pienen osan sairaaloiden välisestä vaihtelusta
- Sektiot lisääntyneet eniten normaaleissa yksisikiöisissä raskauksissa
- Potilaiden toiveet?
- Lääkäreiden toiveet? (sektion helppous, luultu turvallisuus)
- Lääkäreiden pelot? (pelko alatietoimenpiteitä kohtaan, juridisen vastuun pelko)
- Erilainen hoitokulttuuri?
- Erilainen (puutteellinen?) koulutus?

MITEN SEKTIPROSENTTIA
VÄHENNETÄÄN?



- 1977 USA:ssa: NIH Consensus Development Program: tavoitteena saada lääkärit noudattamaan käytäntöjä, joista on tutkimusnäyttöä.
- 1980 consensus kokous, jossa muotoiltiin kansalliset ohjeet (guidelines) keisarileikkauksia varten.
- Myöhemmin Kanadassa (1985) ja Euroopassa (1988) samantyyppiset konferenssit ja ohjelmat
- Ohjeistuksia mm: dystokia, aik.CS, perätila, asfyksiauhka/epäily.

- USAssa konsensus-lausumaa levitettiin lääkäreille ja lehdistöön
 - Myöhemmin seurattu CS-tasoa sekä lääkäreiden sitoutumista ohjeistukseen
 - 2v myöhemmin: CS-taso nousi, käytännöt muuttuivat vain vähän (16% → 19%)
- Suositukset yksinään eivät ole riittävän voimakas kannustin muutokseen. Lääkäreiden käsitykset muuttuivat, mutta eivät toimintatavat.

Canada 1985: National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth

- Annettiin suosituksia CS-prosentin laskemiseksi.
- Kolme pääaluetta: VBAC, dystokia, perätila.
- Ohjeistuksia myös: asfyksiadiagnostiikan tarkennus, avautumisvaiheen aktiivinen hoito.
- Cesarean section: analysis of the experience before and after the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth.
(Soliman SRH & al: Can Med Assoc J 1993).

... jatkoa: Canada 1985...

- CS-prosentti laski hyvin vähän, 23.1% → 21.1%, ja ainoastaan indikaatiot vaihtuivat. 1982 aiempi CS yleisin indikaatio, dystocia 2.yleisin. 1990 aik.CS edelleen yleisin, dystocia vaihtunut muihin indikaatioihin. Edelleenkään ei MVN otettu ennen asfyksia-sektiota.
- Todettiin: Pelkkä ohjeistus ei riitä, tarvitaan myös ammattilaisten ja yleisön koulutusta, laadunvalvontaa sekä muutosta syyte-ilmapiiiriin.

Evidence-based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A meta-analysis

(Chaillet N & Dumont A. Birth 2007)

- Nousevan sektiofrekvenssin vaarat tiedostettu useissa maissa. Perustettu ohjelmia ja projekteja tilanteen muuttamiseksi.
- 2007 julkaistu meta-analyysi strategioista CS-prosentin pienentämiseksi:
- Käyty läpi 831 tutkimusta vv 1990-2005.
- 10 tutkimusta hyväksytty Cochrane-kriteerien mukaisesti mukaan analyysiin

Evidence-based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A meta-analysis

Käytettyjä strategioita:

- Audit ja feedback
- Laadunparantamisohjelmat (guidelines)
- Muutoksen esteiden identifiointi
- Monimuotoiset ohjelmat

Evidence-based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A meta-analysis

- CS-rate ↓ 13% audit & feedback-ohjelmilla
- CS-rate ↓ 27 % monimuotoisissa ohjelmissa, joissa mukana myös audit & feedback
- Tehokkaimpia ohjelmat, joissa myös muutosesteet identifioitiin

Evidence-based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A meta-analysis

Vaikutus vastasyntyneen morbiditeettiin

- Ei huononemista vastasyntyneiden voinnissa CS vähenemisen myötä morbiditeetissa tai mortaliteetissa
- Useissa tutkimuksissa neonataalimorbiditeetti ja –mortaliteetti vähenivät merkittävästi

Tarvittavia elementtejä

- Kirjalliset ohjeistukset (indikaatioiden käyttö, toimintatavat)
- Palaute (tulosten arviointi säännöllisesti)
- Koulutus (alatiesynnytysten hoito)
- Konsultaatiot
- Johtajuus
- Riittävät resurssit (riittävästi henkilökuntaa!)
- Yleisön käsityksiin vaikuttaminen (media)

SEKTIOINDIKAATIOIDEN VAIHTELU SUOMESSA



Eri sektioindikaatioiden osuus kaikista synnytyksistä, minimi ja maksimiosuudet. (Mukana 12 suurinta synnytysairaala 2005', n=2496)

(Pallasmaa & al, julkaisematon)

Leikkausindikaatio	INDIKAATION OSUUS SEKTIOISTA	OSUUS KAIKISTA SYNNY- TYKSISTÄ	MIN	MAX	Min- Maxe- rotus, %
Uhkaava/epäilty asfyksia art pH <7.05, osuus keisarileikkauksista, %	21.7	3.5 2.0	1.9 (0) 0.5	7.5 3.8	5.6
Pitkittynyt synnytys/ disproportio/virhetarjonta	28.7	4.6	3.4	5.7	2.3
Perätila	19.1	3.1	1.8	4.2	2.4
Aiempi sektio	7.2	1.2	0.5	1.8	1.3
Kohturuptuura/Placenta previa/ Verenvuoto	2.8	0.5	0.1	0.8	0.7
Äidin terveys	5.0	0.8	0.1	1.5	1.4
Synnytyspelko	9.2	1.5	0 (0.7)	3.1	2.4
Leikkaustoive	0.3	0 (n=7)	0	0.1	0.1
Muu	5.6	0.9%	0.5	0.9	0.4
Sektiofrekvenssi		16.6	12.8	21.0	8.2

Minkälaisia sektioita voidaan vähentää?

- Uhkaava asfyksia: STAN, mikroverinäyte?
- Pitkittynyt synnytys: onko synnytys oikeasti käynnissä? Erotetaan latentti vaihe ja avautumisvaihe. Latentissa vaiheessa ei puuttumista, avautumisvaiheessa aktiivinen ote
- Perätila, synnytyspelko: onko oikeasti tarjottu perusteltua mahdollisuutta synnyttää alakautta?
- Äidin indikaatio: onko oikeasti näyttöä sektion suuremmasta turvallisuudesta?
- Aiempi synnytyskomplikaatio: onko sektio perusteltu?

TYKS:n kokemus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
SEKTIOT, %	17.4	13.9	14.2	13.9	13.3	13.2	13.9	13.5
IMUKUPIT, %	5.8	6.7	7.3	7.1	8.1	7.1	7.1	7.3
pH < 7.05, %	1.5	1.1	1.2	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4

- Varsinaista ohjelmaa ei julistettu, mutta sektioiden riskeistä, indikaatioista ja hoitokäytännöistä alettiin keskustella aiempaa enemmän. Mm meeting-esitelmiä aiheesta.
- Joka-aamuiset päivystysraportit.
- Synnytyssalissa virka-aikana aina eval + seniori.
- Konsultaatiokynnys matala, tehdään yhdessä.
- Sektioista (hätäsektiot poikkeus) neuvotellaan seniorin kanssa, myös päivystysaikana.

- perätila- ja kaksossynnytykseen aina mukaan seniori/ takapäivystäjä vuorokauden ajasta riippumatta.
- sfinkter-ruptuuran korjaukseen mukaan seniori/ takapäivystäjä vuorokauden ajasta riippumatta.
- runsas STAN-seurannan käyttö ja sen käyttökoulutukseen satsaaminen.

YHTEENVETO

- Oikea synnytystapa oikeille potilaille
- Alatiesynnytysten hoidon opettamiseen satsattava, alatiesynnytykset entistä turvallisemmiksi
- Jatkuva omien käytäntöjen evaluointi
- Matala konsultaatiokynnys
- Koulutus!
- Resurssipula? Priorisointikysymys!

Matala keisarileikkausprosentti ei ole itsetarkoitus, vaan tavoitteena on mahdollisimman terveet äidit ja vastasyntyneet mahdollisimman pienillä riskeillä!

KIITOS!



Decreasing the CS rate in a private hospital: success without mandated changes

(Lagrew D & al. Am J Obstet Gynecol 1996)

- Pennsylvanialainen yksityissairaala. 12 118 synnytystä.
- Ohjelmaan sisältyi: lisääntynyt huomio synnytystapaan, luottamuksellinen palaute henkilökunnalle, aktiivinen synnytyksen hoito ja muita ohjeistuksia ja opetusta (mm. oksitosiinin käyttö, kohdunsuun kypsyttely, äidin liikkeellä olo synnytyksessä, ktg:n tulkintaa, VBAC). Myös potilaiden opetusta.
- CS rate 31.1% → 15.4% (1988 -1994)
(dysproportio 9.8% → 3.5%, fetal distress 4.0% → 1.9%, VBAC 18.9% → 61.3%, onnistui 88%)
- Ei lisääntymistä äitien, sikiöiden tai vastasyntyneiden sairastavuudessa tai kuolleisuudessa

Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary CSs in Latin America

(Althabe F & al. Lancet 2004)

- 36 sairaalaa Latinalaisessa Amerikassa
- Synnytyslääkärin tuli aina pyytää "second opinion" sektipäätöksestä.
- CS-rate väheni 7.3%(kokonais-sektioprosentista), eniten päivystysleikkauksista.
- Äitien ja lasten voinnissa ei huononemista
- Synnyttäjien tyytyväisyydessä ei muutosta

Successful implementation of evidence-based routines in Ukrainian maternities

(Berglund A & al. Acta Obst Gyn Scand 2010;89:230-237)

- Henkilökunnan koulutus ja motivointi evidence-based rutiineihin turhien komplikaatioiden välttämiseksi ja vääjämättömien komplikaatioiden hoitamiseksi paremmin.
- WHO:n Making Pregnancy Safer –ohjelma. Luotu alueellisia versioita: "Effective Perinatal Care". Interaktiivinen 2 viikon koulutuspaketti.
- Seurattiin kolmen synnytysyksikön toimintaa. Aiemmin kaikista puuttui evidence-based protokollat raskauden ja synnytysten hoitoon liittyen, ja kaikissa todettiin toimenpiteiden ja interventioiden ylikäyttö.

...jatkoa: Successful implementation of evidence-based routines...

- Alkuarvio 2003, minkä perusteella ongelmakohtien arviointi. Loppuarvio ohjelman onnistumisesta ja tuloksista 34.5-36 kk ohjelman aloittamisesta.
 - CS-rate 30→17%, 33→12.3%, 22→19.6%
 - Vastasyntyneiden resuskitaation ja tehohoidon tarve väheni merkittävästi
 - Early neonatal death väheni merkittävästi
- Todettiin: Tarvitaan selvää ja vahvaa johtajuutta ohjelman toteuttamiseksi ja läpiviemiseksi.

Effectiveness of a multifaceted strategy to improve the appropriateness of cesarean sections

(Calvo A & al. Acta Obst Gyn Scand 2009)

- Kahdessa espanjalaisessa sairaalassa luotiin strategia sektioiden kohdistamiseksi paremmin oikeille potilaille.
- Protokolla indikaatioille, koulutusta, organisaatiomuutoksia. Viikottainen arviointikokous.
- Indikaatioiden osuvuus parani 68%→84% ja 80%→92%, CS-rate 17.5%→15.8% ja 29%→22%