



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: VK 14

Kartläggning av svenska förlossningsavdelningars riktlinjer för induktion

A nationwide survey of guidelines for labor induction

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå, 2015)

Författare:

Kajsa Persson

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Handledare:

Cecilia Ekéus

Leg. barnmorska

Docent

Lina Rosén

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Examinator:

Anna Hjelmstedt

Leg. barnmorska

Docent

Innehåll

Inledning.....	6
1. Bakgrund	6
Induktionsmetoder.....	7
Indikationer för induktion	8
Tidpunkt och inställningar till induktion vid överburenhet.....	9
2. Problemformulering	11
3. Syfte.....	11
4. Frågeställningar	11
5. Metod.....	11
Urval	11
Datainsamling.....	12
Dataanalysmetod	12
6. Etiska överväganden	14
7. Resultat.....	14
Förstahandsval	15
Cytotec®	15
Propess®	16
Minprostin®.....	16
Bard-kateter	16
Indikationer	18
Vattenavgång	18
Överburenhet.....	19
Äldre förstföderska.....	19
Äggdonation, IVF.....	20
Humanitär indikation	20
8. Diskussion.....	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats	24
Förslag på vidare forskning	25

Referenslista.....	26
Bilaga 1. Induktionsmetoder för omoget cervixstatus $BS \leq 5$	29
Bilaga 2. Indikationer för induktion och ställningstagande till induktion	33

Sammanfattning

Bakgrund: Andelen induktioner har ökat i Sverige de senaste 20 åren. Induktion är en viktig obstetrisk intervention när den utförs på rätt indikation och vid rätt tidpunkt för att förebygga komplikationer. En induktion är dock förenad med vissa risker för såväl den gravida som för fostret. Av den anledningen är det viktigt att studera anledningarna till varför gravida induceras idag.

Syftet med denna studie var att kartlägga svenska förlossningsklinikers riktlinjer för induktion för att urskilja och jämföra eventuella olikheter. **Metoden** var således deskriptiv och jämförande med en kvantitativ ansats. Samtliga 46 förlossningskliniker i Sverige inkluderades. Klinikerna kontaktades per telefon och ombads skicka sina PM. Alla kliniker valde att delta och svarsfrekvensen på inskickade riktlinjer var 100 %. När studien behövde kompletteras med följdfrågor uteblev svar från två kliniker vilket motsvarar en svarsfrekvens på 96 %.

Resultatet visar att riktlinjerna för induktion runt om i Sverige inte är enhetliga. Var i landet en gravid söker vård spelar roll för vilken induktionsmetod som erbjuds eftersom inte alla kliniker har samtliga induktionsmetoder tillgängliga. Dessutom har olika kliniker olika rekommendationer för förstahandsval av induktionsmetod. Om en gravid tidigare genomgått ett kejsarsnitt eller inkommer med vattenavgång utan värkar finns det skillnader i handläggning eftersom klinikernas riktlinjer ser olika ut för när en metod är kontraindicerad eller inte. Vidare visade resultatet att klinikerna har olika riktlinjer för när följande indikationer ska induceras: överburenhet, äggdonation/IVF, äldre förstföderska och vattenavgång utan värkar. Inga riktlinjer innehöll tydlig information om vad som innefattas i begreppet humanitär indikation.

Slutsats: Det råder inkonsekvens i riktlinjerna för förlossningsinduktion. Det kan ha effekter på flera olika nivåer såsom patientsäkerhet och jämlik vård. Oenighet kring riktlinjerna samt otydlighet kring vad som innefattas i begreppet humanitär indikation kan vara en orsak till de stigande induktionssiffrorna.

Nyckelord: Förlossningsinduktion, elektiv induktion, överburenhet, prematur vattenavgång, kontraindikationer.

Abstract

Background The rate of induced labor has risen over the past two decades in Sweden. Induction of labor is an important intervention in order to prevent complications when performed on the right indications and at the appropriate time. However, induction of labor is associated with some risks for both the patient and the fetus. Therefore it is important to study why induction is being performed today.

The aim of this study was to survey Swedish guidelines for induction of labor in order to distinguish and compare potential differences. **The method** was a descriptive and comparative analysis and had a quantitative approach. All 46 obstetric clinics were included. The clinics were contacted by phone and asked to send their guidelines. The response rate was 100 %. When the study had to be completed with follow-up questions two clinics failed to reply which gave a response rate of 96 %.

The result shows that the guidelines for labor induction in Sweden are not unified. The method for induction offered to the patients depends on where they seek medical treatment since not all clinics have all methods available. Furthermore, different clinics have different recommendations regarding first choice of induction method. A patient that previously underwent a caesarian section or has a premature rupture of membranes will receive different handling. This is due to the fact that the clinics have different guidelines for when a method is a contraindication or not. The result also showed that the clinics have different guidelines for when to induce labor on the following indications: post- date pregnancy, egg donation/IVF, nulliparous ≥ 40 years old and premature rupture of membranes. There were no explicit guidelines concerning what is included in the term elective induction.

Conclusion: The guidelines for induction of labor are inconsistent. This may have an effect on several areas such as patient safety and equal medical care. Inconsistency in the guidelines, along with the lack of a clear definition of the term elective induction, might be a reason for the rising number of induced labor.

Keywords: Induction, elective induction, post-date pregnancy, premature rupture of membranes, contraindications.

Inledning

Under vår förlossningspraktik noterade vi att det var en stor andel förlossningar som inducerades. Dagligen inducerades minst en gravid med varierande resultat. Vid samtal med barnmorskor och läkare, på förlossningsklinik och inom mödravården, fick vi uppfattningen att induktionerna har ökat de senaste åren. När vi förhörde oss om våra kurskamraters erfarenheter från andra förlossningskliniker förstärktes bilden av att frekvensen av induktioner är hög. Anledningarna till att en förlossning induceras tycktes vara många och metoderna likaså. Bara här i Stockholm verkade riktlinjerna för induktioner skilja sig åt, detta fick oss att fundera över hur det då ser ut i övriga landet?

1. Bakgrund

Grunddefinitionen av induktion är att man stimulerar livmodern för att skapa värkar innan dessa spontant uppkommer för att få till stånd en förlossning (Ruhstaller & Sciscione, 2012). Induktion av förlossning är inget nytt fenomen utan dateras tillbaka till Hippokrates beskrivningar av bröststimulering och mekanisk cervixdilatation för att sätta igång en förlossning. Sedan dess har metoderna varit många, alltifrån att dilatera cervix antingen manuellt eller med hjälp av olika instrument, till att framkalla eller förstärka värkar med lavemang eller olika naturläkemedel. 1756 hölls ett möte i London där läkare diskuterade effektiviteten och etiken kring att inducera en förlossning i förtid genom att ta hål på hinnor så kallad amniotomi. I början av 1800-talet började amniotomi tillämpas som induktionsmetod och amniotomi samt andra mekaniska metoder förblev de rådande induktionsmetoderna fram till 1900-talet. Då upptäcktes Oxytocinets livmodersammandragande effekt och hormonell induktion blev en ytterligare metod. Den hormonella metoden vann initialt mark hos förlossningsläkare men användandet minskade i takt med ökad rapportering av biverkningar som till exempel uterusruptur. I slutet av 40-talet ändrades administrationsformen från intramuskulär eller subcutan till intravenös infusion och den kemiska formeln av Oxytocin upptäcktes. Det syntetiska Oxytocin® som används idag togs i bruk 1955. Prostaglandiner i olika former och med olika administrationssätt har använts som induktionsmetod sedan slutet av 60-talet och på senare tid har den syntetiska prostaglandinanalogen Misoprostol kommit att användas (Sanchez-Ramos & Kaunitz, 2009).

Induktionsmetoder

Val av induktionsmetod är avhängt cervixstatus. För att bedöma cervixmognad används Bishop score (som hädanefter benämns BS), som är en skala från ett till tio poäng där cervix öppningsgrad, konsistens, längd, position samt fosterhuvudets station i bäckenet bedöms. Fem poäng eller mindre motsvarar en omogen cervix och poäng mellan sex till tio klassas som ett moget status. När den gravida kommer in till förlossningsavdelningen görs en vaginal palpation där livmodertappens mognadsgrad bedöms enligt BS. Utifrån resultatet väljs sedan den induktionsmetod som är bäst lämpad för den aktuella statusen (Ekman, 2008).

Parameter	0 poäng	1poäng	2 poäng
Station	Ovan eller vid bäckeningång	Ovan spinae	Vid eller nedom spinae
Diameter (cm)	$\leq 0,5$	$> 0,5- < 1,5$	$\geq 1,5$
Utplåning (procent)	0	< 50	≥ 50
Konsistens	Fast	Medium	Mjuk
Riktning	Bakåt	Mellanläge	Framåt

De olika metoderna för att inducera en förlossning på svenska sjukhus i dagsläget är farmakologisk och/eller mekanisk behandling. De farmakologiska metoderna innefattar prostaglandinbehandling antingen med Minprostin® eller Propess® med den verksamma substansen Dinoproston eller intravenös behandling med Oxytocin®. Vid BS under fem poäng rekommenderas prostaglandinbehandling som appliceras intracervikalt eller vaginalt för att påbörja en förändring av cervix bindväv, vilket är en förutsättning för dess mognad (a.a).

Läkemedelsverket har uppmärksammat att det på flertalet förlossningskliniker idag används ett läkemedel som heter Cytotec® som inte är godkänt för induktion men som används för att sätta igång en förlossning. Läkemedlet innehåller E1-analogen Misoprostol och är registrerat som magsårsmedicin men har efter klinisk beprövad erfarenhet blivit kutym på ett flertal förlossningsavdelningar. Cytotec® ges till gravida framförallt peroralt men kan även administreras vaginalt. Preparatet används när cervix har ett omoget status (Läkemedelsverket, 2012).

Mekaniska metoder innefattar dilatation av cervix via en ballong, så kallad bard-kateter eller amniotomi av fosterhinnor. Om livmodertappen är något uppmjukad, BS motsvarande fyra till fem poäng, är Bard-katetern en metod som ofta väljs. Förutsättningen för denna metod är att livmodertappen redan är lite öppen då katetern i form av en ballong behöver kunna komma in i livmodertappen för att sedan på mekanisk väg fortsätta dilatationen. Amniotomi, så kallad hinnsprängning, görs vid moget cervixstatus, BS över fem poäng. Med hjälp av en amniohook eller skalpelektrod görs en rispa på fosterhinnan så att fostervattnet börjar sippra ut.

Amniotomi gör bland annat att livmoderns muskelkraft ökar i styrka då utspänningen av livmodern minskar. I de fall där värkarbetet inte startar efter amniotomi kan värkstimulerande dropp, Oxytocin®, användas (Ekman, 2008; Hoog & Nystedt, 2009).

I en översiktsstudie av 71 randomiserade kontrollstudier undersökte Jozwiak et al. (2012) effekterna av induktion på mekanisk väg jämfört med ingen behandling/placebo, prostaglandin och Oxytocin®. Resultatet visade bland annat att mekanisk induktion är effektivare än induktion med Oxytocin® och har i jämförelse med Oxytocin® lägre risk för kejsarsnitt. I gruppen mekanisk induktion jämfört med prostaglandinpreparat som induktionsmetod var båda tillvägagångssätten lika effektiva för att kvinnan skulle föda inom 24 timmar räknat från interventionen och det fanns heller ingen skillnad i kejsarsnittsfrekvens.

Indikationer för induktion

I World Health Organization's Recommendations for induction of labour (WHO, 2011) står att induktion av förlossning endast bör utföras då det finns en tydlig medicinsk indikation och de positiva effekterna uppskattas överväga de potentiella riskerna. I Sverige är överburenhet den vanligaste orsaken till induktion (Socialstyrelsen, 2014). Överburenhet definieras av WHO (2011) som en graviditet som överskrider 42 fullgångna graviditetsveckor, det vill säga 294 dagar eller mer. Överburenhet är relaterat till maternella, fetala samt neonatala risker i form av ökad risk för instrumentell förlossning, postpartum blödning, fosterhypoxi, skulderdystoci, trauma, neonatala kramper samt ökad dödlighet (Ekman, 2008).

Utöver överburenhet är preeklampsi, diabetes, tillväxthämning hos fostret, flerbördsgraviditet, poly- och oligohydroaminios och intrauterin fosterdöd andra medicinska orsaker till att sätta igång en förlossning. Förutom de medicinska indikationerna finns det även humanitära indikationer såsom en tidigare svår obstetrisk anamnes, bäcken – och ländryggsbesvär, stort barn samt förlossningsrädsla (a.a).

Tidpunkt och inställningar till induktion vid överburenhet

I Sverige har andelen induktioner stigit markant från sju procent 1994 för alla fullgångs- och enkelbördsförlossningar till 16 % år 2013 enligt senaste årsrapport från Socialstyrelsen (2014). En förklaring till ökningen är enligt denna rapport att merparten av förlossningsklinikerna idag väljer att inducera gravida i graviditetsvecka 42 i stället för graviditetsvecka 43 som förut varit standard. Riskerna som överburenhet för med sig har gjort att gränsdragningen för induktion har ändrats i fler och fler landsting. I en stor svensk studie av Grunewald, Håkansson, Saltvedt och Källén (2010) undersöktes skillnader i neonatala komplikationer hos överburna barn efter att de fötts i antingen graviditetsvecka 42 eller 43. Resultatet visade att barn födda i vecka 43 löpte signifikant ökad risk för flertalet neonatala komplikationer så som mekoniumaspiration, låga Apgarpoäng, intrauterin fosterdöd med mera.

Thorsell, Lyrenäs, Andolf och Kaijser (2011) studerade utfallet av induktioner hos gravida med ett omoget cervixstatus och en gestationslängd på 41 veckor. Resultatet visade att igångsättningar på dessa gravida innebar en ökad risk för akuta kejsarsnitt. De metoder som jämfördes var Bardkateter och prostaglandinstimulering. Valet av metod spelade ingen roll för utfallet. Det visade sig även att omfödorskör löpte ökad risk för akut kejsarsnitt om deras livmodertapp var omogen. Detta resultat talar för att cervix mognadsgrad har en stor betydelse för hur utfallet blir. Författarna till studien menar att stor vikt bör läggas i planeringen för vilka som bör induceras och när detta bör göras.

Det är allmänt känt på förlossningsklinikerna att överburenhet kan innebära en ökad sjuklighet och dödlighet hos det nyfödda barnet. Detta kan skapa en oro och ängslan hos de blivande föräldrarna, ofta onödigt tidigt, då det finns en missuppfattning att graviditeten blir överburen direkt när beräknat förlossningsdatum har passerat. Även sjukvårdspersonal kan börja bli ängslig när en graviditet uppnått en gestationslängd på 41 veckor då komplikationsrisken redan då ökar något (Olofsson, 2008). I en kvalitativ studie av Westfall och Benoit (2004) intervjuades gravida om deras inställning till induktion. De intervjuades vid två tillfällen, en gång i tredje trimestern och en gång post partum. Vid det första intervjutillfället var alla eniga om att de eftersträvade en så naturlig förlossning som möjligt och inte ville bli igångsatta. De sa även att de inte själva planerade att använda några metoder för att påskynda förlossningsstarten. Men vid post partum-intervjun hade nästan alla som passerat sitt beräknade förlossningsdatum provat olika "husmorsknepp" såsom olika oljor eller

samlag för att starta förlossningen. Deras ängslan och oro kring att vara fortsatt gravida efter beräknat partus handlade inte om medicinska orsaker utan var riktad mot att personalen inom vården gjorde dem oroliga. Även den gravidas familj och sociala nätverk utgjorde en stressfaktor genom att ständigt fråga om det inte var dags snart. Oron hade således en psykologisk grund snarare än en medicinsk.

Svensk förlossnings- och mödravård har i jämförelse med resten av världen varit återhållsamma med inductioner utan medicinsk orsak (Olofsson, 2008). Den ökade inductionstrenden som Socialstyrelsens (2014) siffror visar på kan härledas till den ändrade gränsdragningen för inductioner vid överburenhet, men kan även bero på önskemål ifrån de blivande föräldrarna. Då sjukvården vid 41 graviditetsveckor börjar med en intensifierad övervakning, alternativt inducerar, kan de blivande föräldrarna få uppfattningen att deras graviditet går från normal till onormal. Här har vården en viktig uppgift att ge saklig information och inte överdriva riskerna med att passera beräknat förlossningsdatum då föräldrarnas föreställning om överburenhet och induction påverkar deras villighet att acceptera den handläggning som föreslås (Olofsson, 2008). I en randomiserad studie av Heimstad, Romundstad, Hyett, Mattsson och Salvesen (2007) undersöktes om gravida i vecka 41 föredrar induction eller fortsatt väntan med extra övervakning. Det var 508 som deltog i studien. Deltagarna delades in i två grupper slumpmässigt där ena halvan blev inducerad och kontrollgruppen inducerades inte, men fick besöka sjukhuset var tredje dag för övervakning. Resultatet visade att de gravida föredrog att bli igångsatta mot att vänta och bli övervakade var tredje dygn. Detta trots att deltagarna i gruppen som inducerats upplevde sitt värkarbete som mera intensivt och smärtsamt än de som lottades till exspektans. Även denna studie indikerar att det uppstår en oro av att passera beräknat förlossningsdatum som snarare är av psykologisk art än medicinsk.

Vilken induktionsmetod som än väljs, är det viktigt att man kan följa noggrant utformade riktlinjer. Valet av metod behöver vara avgränsat till cervix mognadsgrad, paritet och graviditetslängd för att på bästa sätt uppnå ett lyckat resultat (Olofsson, 2008).

2. Problemformulering

En markant ökning av inductioner har skett i Sverige under de senaste 20 åren. Induktion är en viktig obstetrisk intervention när den utförs på rätt indikation och vid rätt tidpunkt för att förebygga komplikationer. Studier har visat att överburenhet efter en viss tid innebär ökade risker för fostret. Vidare kan den gravida uppleva en psykologisk stress över att passera sitt beräknade förlossningsdatum då omgivningen, vården inräknat, kan förmedla en känsla av att graviditeten går från normal till onormal. Men inductioner kan även medföra ett mera smärtsamt och långdraget värkarbete och en ökad risk att förlossningen behöver avslutas med akut kejsarsnitt. Av den anledningen är det viktigt att studera svenska klinikers riktlinjer vad gäller induction.

3. Syfte

Att kartlägga svenska förlossningsklinikers riktlinjer vid induction för att urskilja och jämföra eventuella olikheter.

4. Frågeställningar

- Vilka metoder används för induction?
- Har induktionsmetoderna kontraindikationer beskrivna?
- Vilka indikationer för induction inkluderas i riktlinjerna?
- När inducerar, alternativt tar klinikerna ställning till induction vid: överburenhet, vattenavgång utan värkar vid fullgången tid, äggdonation, IVF och äldre förstföderska?
- Definieras humanitär indikation?

5. Metod

En deskriptiv jämförande metod med kvantitativ ansats används till uppsatsen. Enligt Polit & Beck (2012) används en deskriptiv metod när syftet är att observera, beskriva eller dokumentera ett specifikt material. Metoden passar studiens syfte väl då vi kartlägger hur klinikernas riktlinjer ser ut för att urskilja eventuella olikheter.

Urval

Nationell studie där samtliga 46 förlossningskliniker i Sverige inkluderades.

Datainsamling

En lista på samtliga förlossningskliniker i Sverige erhöles ifrån Barnmorskeförbundet. Därefter kontaktades samtliga kliniker via telefon och syftet för studien förmedlades. Kontaktpersonerna fick välja mellan att skicka PM via mejl eller brev. De som valde att skicka via post ombads även att bifoga en kontaktpersons mejladress för eventuella följdfrågor. Majoriteten av förlossningsklinikerna (30) svarade efter första kontakten. Resterande kliniker fick en ytterligare påringning eller ett mejl som påminnelse. Efter den kontakten hade vi fått in PM ifrån alla förlossningsavdelningar i Sverige. Följande kliniker har gemensamma PM; Gävle och Hudiksvalls sjukhus, Halmstad och Varbergs lasarett, Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Södra Sveriges Universitetssjukhus Malmö och Lund, Mälarsjukhuset Eskilstuna och Nyköpings lasarett, Sunderby och Gällivare sjukhus, Södersjukhuset och Södra BB, Skellefteå, Lycksele och Umeå universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra och Mölndal. Det betyder att från de 46 förlossningsklinikerna finns det totalt 36 PM. Samtliga kliniker ställde sig positiva till att medverka och ansåg att studiens syfte var intressant.

Vid en första genomgång av materialet visade det sig att alla PM innehöll beskrivningar om metodval och kontraindikationer men få hade indikationer för induktion. Några sjukhus hade redan vid första kontakten skickat riktlinjer för graviditetsrelaterade sjukdomar, inkuranta sjukdomar och flerbördsgraviditeter men dessa indikationer inkluderades inte i studien då de alltid handläggs individuellt. Den här studien fokuserar på indikationer som har generella riktlinjer så som överburenhet, vattenavgång utan värkar vid fullgången tid, äggdonation, IVF och äldre förstföderska. Klinikerna kontaktades åter, via telefon eller per mejl, om möjligt till den person vi haft kontakt med tidigare för att få in mer information. Eftersom förlossningsklinikernas PM ser olika ut kunde vi inte använda oss av något standardformulär med frågor utan varje klinik fick individuella frågor utifrån vad vi saknade i deras respektive PM. Till de sjukhus som inte återkopplat efter en dryg vecka skickade vi ut en påminnelse. Totalt fick vi svar på våra följdfrågor från alla kliniker utom två.

Dataanalysmetod

När vi fått in samtliga dokument granskades de i sin helhet. Vi noterade hur de var utformade och vilken information som inkluderades. Därefter studerades om det fanns ett rekommenderat förstahandsval av induktionsmetod. Vi tittade på vilka metoder för induktion

som används på de olika förlossningsavdelningarna och vid vilket BS de tillämpas. All data som samlats in placerades sedan i två matriser. En med induktionsmetoder (se bilaga 1) och en med de indikationer för induktion som vi valt att fokusera på (se bilaga 2). I metodmatrisen fick de olika induktionsmetoderna, Cytotec®, Propess®, Minprostin®, Bard-kateter, amniotomi och Oxytocin® bilda huvudrubriker. Sedan listades sjukhusen, de som hade gemensamt PM presenterades i samma ruta. Därefter fördes de metoder som används vid de olika sjukhusen in samt vid vilket BS de anses vara lämpliga. Initialt skapades en matris med både induktionsmetoder för omoget och moget cervixstatus definierat enligt BS. Klinikerna definierar, med en liten variation, cervixstatus likvärdigt (omogen BS ≤ 5 och mogen BS ≥ 6). Variationen består i att vissa sjukhus PM gör skillnad på omfödorskor och förstfödorskor där förstfödorskor kunde ha något högre BS vid val av metod. Eftersom alla sjukhus använder samma metod vid moget cervixstatus togs denna kolumn bort ur matrisen och istället presenteras den i löpande text. I matrisen presenteras endast metoderna vid omoget BS. Många PM innehöll beskrivningar av kontraindikationer för de olika metoderna. Två av dessa kontraindikationer, vattenavgång och tidigare sectio utmärkte sig genom att de inte användes konsekvent och därför valde vi att presentera dem i matrisen. I flertalet PM stod förstahandsval av metod rekommenderat och den informationen inkluderades också i matrisen. Efter att all information förts in i metodmatrisen studerades resultatet utifrån de olika rubrikerna, det vill säga induktionsmetoderna. Vi räknade hur många PM som preciserade förstahandsval, hur många PM som innehöll information om de utvalda kontraindikationerna och vilka sjukhus som använder vilka metoder. Då klinikerna inte uteslutande använder orden kontraindikation eller relativ kontraindikation gällande induktionsmetoderna har vi analyserat ordvalen enligt följande: när det står ”används med försiktighet” eller ”relativ kontraindikation” i riktlinjerna har vi klassat det som en relativ kontraindikation. I de fall det står ”kontraindikation” eller ”ej vid tidigare...” har vi klassat det som kontraindikation. När det står ”Ok vid...”, ”förstahandsval vid...”, ”andrahandsval vid...”, ”rekommenderas vid...”, ”företrädes vid...”, ”används vid...” och även ”ej förstahandsval vid tidigare...” har vi klassat det som att det är okej att tillämpa metoden. Vidare anges ”ja” i metodmatrisen (bilaga 1) under respektive metod när metoden tillämpas på kliniken men varken kontraindikationer eller huruvida det är ett rekommenderat val inte är specificerat. Om metoden inte tillämpas på kliniken anges ”nej” i matrisen.

Indikationsmatrisen (bilaga 2) delades in under de utvalda rubrikerna det vill säga: äggdonation, IVF, vattenavgång utan värkar, överburenhet, äldre förstfödorska och humanitär

indikation. Precis som vid metodmatrisen listades sjukhusen och de med gemensamma PM placerades i samma ruta. Informationen som fördes in i indikationsmatrisen var i vilken graviditetsvecka klinikerna inducerar, alternativt tar ställning till induktion vid de olika indikationerna. För induktion efter vattenavgång utan värkar angavs tiden i timmar eller dygn efter konstaterad vattenavgång. I de fall där riktlinjerna innehöll både en rekommenderad tidpunkt för induktion och en maxgräns presenteras båda. Informationen från klinikernas PM för induktion fördes in i matrisen i svart skrift. Information från separata PM fördes in i matrisen med röd och kursiverad skrift. Rubriken humanitär indikation inkluderades för att undersöka om begreppet är definierat i förlossningsklinikernas PM. Resultatet presenteras i två matriser, två stapeldiagram och i löpande text.

6. Etiska överväganden

I Sverige utgår alla etiska överväganden inom medicinsk forskning från Helsingforsdeklarationen (Olosson & Sörensen, 2001). Inom denna deklaration ska fyra grundläggande etiska principer beaktas: autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvisepincipen.

Då denna studies data baseras på offentliga dokument och inte berör enskilda individer är varken autonomiprincipen eller rättvisepincipen hotad. Studiens syfte är att redogöra för de olika klinikernas riktlinjer gällande induktion och i enlighet med godhetsprincipen skapar det en grund för fortsatt utveckling av denna medicinska intervention som förväntas leda till rättvisare och bättre vård för den berörda patientgruppen.

7. Resultat

Samtliga förlossningskliniker i Sverige väljer att inducera gravida med ett $BS \geq 6$ primärt med amniotomi. Vissa kliniker väljer ett något högre BS för förstagångs-para och då sätts gränsen vid $BS \geq 7$. Efter en primär hinnsprängning så har klinikerna en avvaktningstid på en till tre timmar för att se i fall värkarbetet självmant sätter i gång. I de fall värkar uteblir kopplas ett Oxytocin®dropp. Om barnets huvud är ruckbart eller rörligt rekommenderar ett antal kliniker att börja med Oxytocin®droppet för att ställa in barnets läge korrekt innan hinnsprängning utförs. Då klinikernas handhavande inte skilde sig åt vid moget cervixstatus valdes detta resultat att endast presenteras här i löpande text då jämförelseaspekten uteblev, vilket matrisen är till för.

Omoget cervixstatus definieras på samtliga kliniker som $BS \leq 5$ poäng och metoderna som finns att tillgå är följande: Prostaglandin behandling med antingen Cytotec®, Propess®, Minprostin®, eller att på mekanisk väg dilatera cervix med en Bard-kateter. I 13 av 36 PM finns samtliga metoder för induktion vid omoget cervixstatus beskrivna. I matrisen står även de ordval klinikerna använder vid kontraindikationen tidigare sectio, tidigare uterus operation. I löpande text kommer det konsekvent att benämnas tidigare sectio.

Förstahandsval

Av alla förlossningsklinikers PM är det 21 som definierat vilken metod som är önskvärd att använda som förstahandsval vid omoget cervixstatus, 15 gör det inte. Sju av förstahandsvalen var baserade på ett ytterligare status än cervix mognadsgrad. Exempelvis har ett sjukhus i södra Sverige ett PM där det står ”Vid tidigare sectio... används i första hand kateter. Om detta är tekniskt omöjligt t.ex. vid låg Bishop score används i stället Minprostin®”.

Vidare hade fyra kliniker i sina PM valt att precisera både förstahandsval och andrahandsval, i ett PM stod även ett tredjehandsval. Bard-kateter är den metod som oftast står angiven i PM som förstahandsval (13), åtta av dem preciserar att metoden är förstahandsval vid tidigare sectio. Därefter kommer Cytotec® som anges som förstahandsval i elva PM. Nio av dessa beskriver Cytotec® som förstahandsvalet vid omogen cervix medan de andra två har läkemedlet som förstahandsval vid vattenavgång. Propess® och Minprostin® är båda förstahandsval i samma PM där det står, ”Prostaglandiner – Förstahandsval vid vattenavgång och omogen cx, ej förstahandsval vid tidigare sectio”

Cytotec®

30 av 36 PM beskriver Cytotec® som induktionsmetod vid omoget cervixstatus. Genom att hänvisa till studier och referenser presenteras i en tredjedel av alla PM en förklaring till varför ett läkemedel som inte är godkänt av Läkemedelsverket för induktion används. I en tredjedel av riktlinjerna finns varken referenser eller någon förklaring överhuvudtaget. Den sista tredjedelen ger ingen förklaring, men har i slutet av sina PM referenser till studier och Läkemedelsverket. Cytotec® är den metod som flest kliniker har skrivit ner en kontraindikation för i sina PM. Ett tidigare sectio är det som mest frekvent uppges vara kontraindicerat för att använda sig av medlet och beskrivs i 20 PM. Sex PM uppges att metoden går att använda efter ett tidigare kejsarsnitt, men då skall den användas med försiktighet eller så används orden relativ kontraindikation. Vidare skriver fyra kliniker i sina

riktlinjer att ett tidigare sectio inte utgör något hinder för att bruka metoden, ett av dessa PM hänvisar till en studie vid Södersjukhuset. Vidare anges det i tio PM att metoden kan användas efter vattenavgång, enligt ett PM är metoden kontraindicerad efter vattenavgång. Resterande kliniker har inte uppgett någon information gällandes vattenavgång.

Propess®

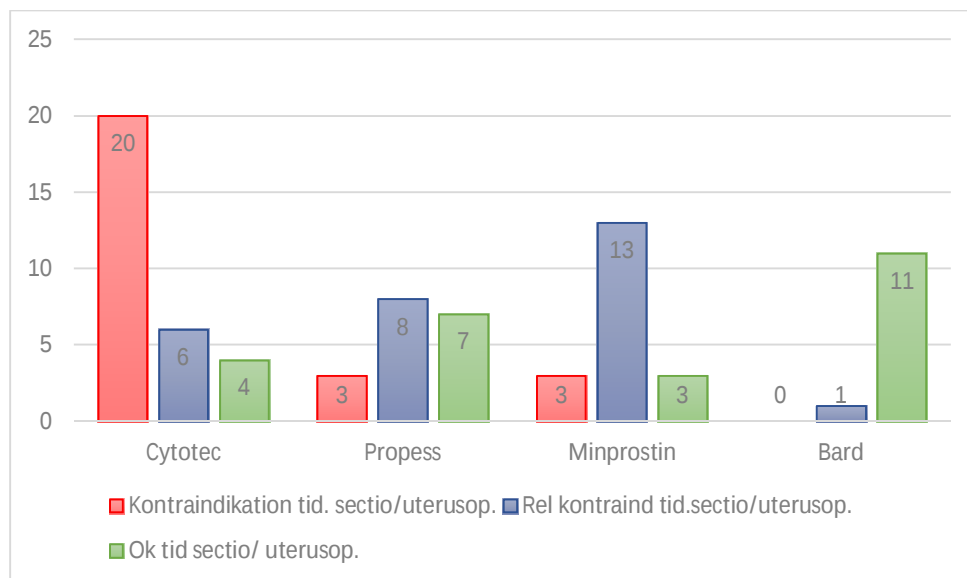
Propess® finns beskrivet som induktionsmetod i 24 av 36 PM. Av dessa har tre PM angett tidigare sectio som kontraindicerat. Ett universitetssjukhus skriver följande i sitt PM "Kontraindikationer: Propess® skall INTE användas ... när kraftiga utdragna uteruskontraktioner skulle vara olämpliga som hos patienter som tidigare genomgått stor uterusoperation t.ex. sectio". I åtta riktlinjer finns tidigare sectio beskrivet som en relativ kontraindikation eller att metoden efter ett sådant ingrepp bör göras med försiktighet. Vidare så står det i sju PM att metoden går att använda efter ett tidigare sectio. Ord som "föredras" eller företrädesvis" sätts framför orden tidigare sectio vid några PM. Exempelvis står det i ett PM, "Propess® vaginalinlägg... ges företrädesvis till tidigare sectio förlöst kvinna". Vattenavgång nämns i två PM, i ena fallet är Propess® att betrakta som förstahandsval vid vattenavgång och i det andra fallet står det att metoden ej ska användas efter vattenavgång.

Minprostin®

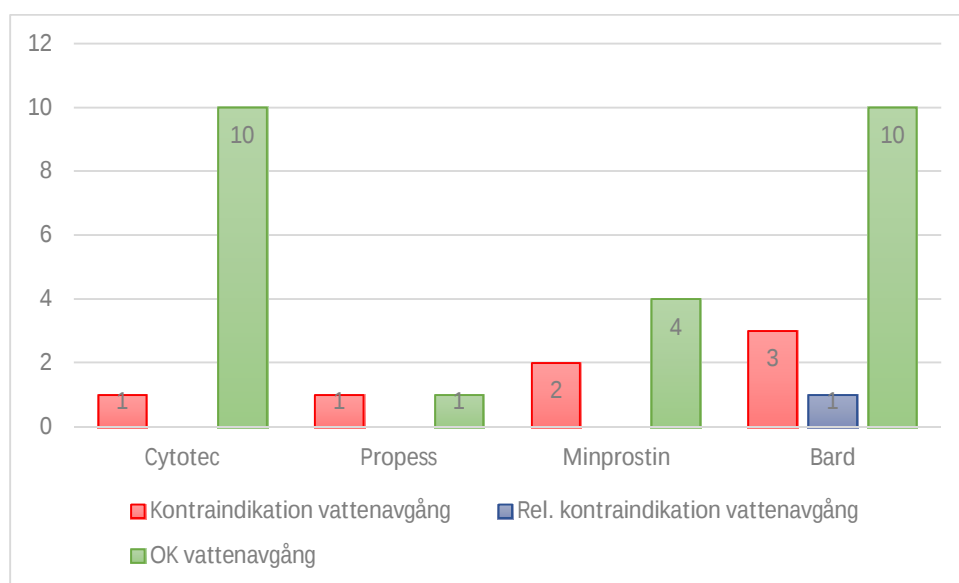
Minprostin® finns med som induktionsmetod i 28 PM och i åtta PM finns det inte med. Klinikerna har olika rekommendationer huruvida Minprostin® kan användas vid vattenavgång och tidigare sectio. Sex PM tar upp vattenavgång, i fyra PM står att metoden går att använda efter vattenavgång medan det i de resterande två står att metoden inte får användas vid vattenavgång. Tre av riktlinjerna har tidigare sectio som kontraindikation medan det i 13 PM står att det är en relativ kontraindikation eller bör användas med försiktighet. Enligt tre PM går metoden att använda efter ett tidigare sectio.

Bard-kateter

Bard-kateter är den metod som finns beskrivet i flest klinikers PM (34/36). I tio PM står det att metoden går att använda efter att patienten haft vattenavgång, medan det i tre står att bruk av metoden är kontraindicerat vid vattenavgång. I ett PM står att vattenavgång är en relativ kontraindikation. Bard är den metod som oftast är rekommenderad efter ett tidigare sectio.



Figur 1: Redovisar antalet PM där tidigare sectio är en kontra- eller relativ kontraindikation för metoderna (Cytotec®, Propess®, Minprostin®, Bard) och antalet PM som anger att tidigare sectio inte utgör hinder för respektive metod.



Figur 2: Redovisar antalet PM där kliniker anger vattenavgång som kontra- eller relativ kontraindikation för metoderna (Cytotec®, Propess®, Minprostin®, Bard) och antalet PM som anger att vattenavgång inte utgör hinder för respektive metod.

Indikationer

Majoriteten av klinikernas PM (28/36) innehåller någon form av inledande information om induktion. I flera av riktlinjerna förklaras att induktion är en medicinsk åtgärd till exempel, ”Induktion av förlossning är en medicinsk åtgärd och indikationen skall tydligt dokumenteras i journalen”. I ett annat PM betonas att induktion är en medicinsk åtgärd ännu tydligare, ”Induktion är en medicinsk åtgärd som **kräver medicinsk indikation**. Samma sjukhus reserverar sig dock några rader ner i sitt PM genom följande formulering, ”Om induktion behöver påbörjas på ICE medicinsk indikation skall detta ej göras före gravv 39+6”. Ett tredje exempel på hur en inledning i ett induktions- PM kan se ut öppnar upp för alla möjligheter, ” En induktion kan vara starkt medicinskt motiverad”... ”eller ha en svagare indikation” och betonar att ”det är viktigt att metoden och planeringen för genomförandet blir individualiserad”.

I 14 av 36 PM står att induktion ökar riskerna för komplikationer under förlossningen. I tre PM beskrivs inte detta närmare än att ”Eftersom induktion ökar risken för komplikationer under förlossningen skall induktion endast göras på strikt medicinsk indikation eller efter särskilt övervägande på psykosocial indikation”. I de övriga elva riktlinjerna omnämns bland annat en ökad risk för sectio. I fyra av dessa PM används följande formulering, ”Rent generellt gäller att förlossningsinduktioner skall ske på mycket strikta indikationer eftersom studier gett stöd för att sectionrisken p.g.a. misslyckad induktion ökar särskilt hos förstföderskor med omogen cervix”.

Endast ett fåtal, elva, riktlinjer har ett samlat dokument med indikationer för induktion och av dem är det endast sex PM som även har angett tidpunkt för induktion vid de olika indikation.

Vattenavgång

Majoriteten av sjukhusen har riktlinjer för vattenavgång utan värkar i separata PM. Endast två sjukhus, som har ett gemensamt PM, har vattenavgång med tidpunkt för induktion med i sitt PM för induktion. Kortaste tiden från vattenavgång utan värkar till induktion är 24 timmar och längsta 72 timmar och det vanligaste 48-72 timmar. Två sjukhus uppgav att de inte har något PM för induktion vid vattenavgång utan värkar. Det ena av dessa två sjukhus uppgav telefonledes att även om de inte har något PM så inducerar de enligt rutin efter 24 timmar. Vi fann även att några sjukhus har olika rekommendationer för förstföderskor och omföderskor. Skillnaden består i att omföderskor rekommenderas induktion efter kortare tid än

förstföderskor. Förutom vid ett sjukhus där det är tvärtom. En del av sjukhusen stödjer sina tidsangivelser för när dessa två grupper bör induceras på studier men drar olika slutsatser. Till exempel står i ett PM, "... Enligt Ladfors PROM-studie har man hos förstföderskor minskat frekvensen av instrumentella förlossningar vid induktion efter 72 timmar kontra induktion morgonen efter vattenavgång till 8 % respektive 14 %. För vaginala omföderskor har man inte påvisat några fördelar med att vänta mer än 24 timmar". Att jämföra med, "Efter studier på senare år har man för vattenavgång vid fullgången tid kunnat se att det knappast lönar sig att vänta längre än 24-36 timmar innan förlossningen induceras". Det framgår inte om det är någon skillnad på förstföderskor eller omföderskor i det sistnämnda exemplet.

Tre sjukhus, med gemensam riktlinje, inducerar vattenavgång utan värkar endast på morgonen. Vidare har de delat in tidpunkten för induktion beroende på under vilken del av dygnet vattenavgången startade enligt följande: "Vattenavgång klockan 06:00-24:00 uppsättes patienten för induktion påföljande morgon. Vattenavgång 00:00-06:00 exspektans till morgonen dagen därpå". Det är alltså inte hur många timmar som förflutit sedan vattenavgången som avgör när patienten ska induceras och i praktiken betyder detta att induktionsstart kan ske efter betydligt kortare tid än 24 timmar.

Överburenhet

Majoriteten av sjukhusen (29 sjukhus, 23 PM) har vecka 42+0 som antingen rekommenderad tidpunkt eller som maxgräns för induktion vid överburenhet. Fem sjukhus har graviditetsvecka 43+0 som maxgräns och tre 42+6. I de 23 PM som rekommenderar induktion vid vecka 42+0 men som tillåter ytterligare några dagars exspektans finns en maxgräns definierad i alla fall utom tre. I två av dessa tre PM står "ytterligare någon, några dagar till" medan ett sjukhus endast skriver "eventuellt senare" utan att ange maxgräns.

Tre sjukhus gör inte induktioner p.g.a. överburenhet under helg vilket innebär att deras rekommenderade gräns vid 42+0 inte alltid går att uppfylla. Information saknas från två sjukhus och en klinik har rutiner för handläggning av överburenhet men saknar tidpunkt för induktion.

Äldre förstföderska

Strax över hälften av klinikerna (25 kliniker, 19 riktlinjer) har rutiner för induktion gällande äldre förstföderskor. Informationen finns oftast i PM för överburenhet. Alla definierar äldre från och med 40 år. Tre sjukhus räknar från den gravidas ålder vid befruktningen. Alltså, om

den gravida var 39 år vid befruktningen men 40 vid förlossningen räknas det alltså inte som en äldre föderska. Ett av dessa tre sjukhus inkluderar även omföderskor som fött för > 10 år sedan i gruppen äldre förstföderskor. Det är inte alltid tydligt om riktlinjen avser förstföderskor. I sju av riktlinjerna för äldre (först)föderska är det inte specificerat att riktlinjen avser förstföderskor utan det står – ”maternell ålder 40 eller mer”.

Av de 19 riktlinjerna är det 11 som har en tidsplan för induktion. Vanligast, vecka 41+0, tidigast, 40+3 (ett sjukhus) och senast, 41+4 (ett sjukhus). De övriga åtta riktlinjerna anger endast tidpunkt för *ställningstagande* till induktion och även då är det vecka 41+0 förutom ett sjukhus där det är 40+0. Dessa åtta riktlinjer anger alltså ingen maxgräns men i en av dem står ”bedömning v 41+0, induktion snarast”.

Äggdonation, IVF

Runt hälften av klinikerna har rutiner/PM för induktion eller ställningstagande till induktion efter äggdonation och/ eller IVF. En tredjedel av dessa har rutiner för både äggdonation och IVF och resterande två tredjedelar enbart för antingen äggdonation (vanligast) eller enbart IVF. Ett sjukhus har samma rutin för äggdonation och IVF. Stora skillnader i riktlinjer finns i rutiner för äggdonation. Tidpunkten för induktion sträcker sig från graviditetsvecka 38+0 upp till graviditetsvecka 41+3. 50 % av riktlinjerna kring äggdonation och IVF saknar rekommenderad tidpunkt för induktion. De innehåller endast tidsangivelse för när kontroll/ställningstagande till induktion ska göras.

Humanitär indikation

Det verkar inte finnas några specifika PM för denna indikation. En dryg tredjedel (14) av alla PM innehåller dock någon form av information om induktion på humanitär/psykosocial indikation i den generella beskrivningen av induktion. Till exempel ”Induktion av förlossning ska endast ske på välgrundad indikation, dvs. där det av medicinska eller humanitära skäl bedöms nödvändigt att avsluta graviditet”. Eller ”Induktion av förlossning göres endast på strikt indikation, till exempel: överburenhet... psykisk anledning etc. där man bedömer att inväntandet av spontant värkarbete innebär en risk”. Det är väldigt otydligt vad som innefattas i humanitär indikation. Endast tre PM ger exempel på vad som kan menas med humanitär/psykosocial indikation såsom förlossningsrädsla, bäcken- och ländryggsbesvär, tidigare negativ förlossningsupplevelse. Ett sjukhus uppger lång resväg som psykosocial indikation. Två PM har definierat från vilken graviditetsvecka induktion på icke medicinsk

grund tidigast kan övervägas. I ett sjukhus PM står att induktion inte ska utföras utan medicinsk grund utan istället inväntas spontan förlossningsstart med stöd av barnmorska.

8. Diskussion

Metoddiskussion

För att kunna studera förlossningsklinikernas PM för induktion behövde vi kontakta samtliga 46 kliniker i Sverige. Vi valde att ta kontakt per telefon då personlig kommunikation snabbt kunde ge oss en bild av hur klinikerna ställde sig till att delta. Kontaktpersonerna på klinikerna var oftast avdelningschefer, antingen läkare eller barnmorskor, eller den barnmorska som var satt för dagen att svara i telefon. Då arbetsbelastningen på förlossningsavdelningar ofta är mycket hög och denna studie krävde ett aktivt samarbete ifrån deras sida är en svarsfrekvens på 100 % mycket hög. I och med att vi fick så hög svarsfrekvens är resultatet generaliserbart. Det är högst troligt att om någon annan hade utfört samma studie hade samma slutsats dragits, förutsatt att de hade haft samma frågeställning, vilket tyder på hög reliabilitet för studien.

Efter att vi fått in alla PM insåg vi att det saknades information om indikationer. Vi kontaktade klinikerna igen med följdfrågor och då svarade en del på frågorna utan att skicka PM. En del av informationen kan ha gått förlorad i denna process. Ett sjukhus hade till exempel klippt och klistrat ihop ett nytt dokument för att besvara våra följdfrågor. Vi kan inte veta att all relevant information kom med då det var en persons subjektiva bedömning som låg till grund för dokumentet. I efterhand kan vi konstatera att det kanske hade underlättat om vi hade haft en klart formulerad fråga för att säkerställa att alla fick exakt samma information om studien. Då hade kanske fler kliniker redan efter den första kontakten skickat ett mer fullständigt material. Men eftersom vi inte hade sett hur alla PM för induktion såg ut var det svårt att på förhand veta exakt vad vi skulle fråga efter.

Då studiens syfte var att jämföra klinikernas handläggning vid induktion låg fokus på det som skilde sig åt. Av kontraindikationerna för induktion var sectio/uterusoperation och vattenavgång de faktorer som var kontraindicerade på vissa kliniker men inte alla. Vi beslöt att tolka tidigare sectio och uterusoperation som samma sak eftersom flertalet PM anger tidigare sectio som ett exempel på uterusoperation. I ett PM görs skillnad mellan sectio och uterusoperation genom att Propess® och Minprostin® är *relativt* kontraindicerade som metod

efter tidigare sectio men efter tidigare uterusoperation är metoderna helt kontraindicerade. I det här fallet fick ett PM vara med i två staplar under samma metod i stapeldiagrammet.

Förstahandsval av induktionsmetod inkluderades i de fall de fanns beskriva i PM:en. Vi anser att det säger något om hur användarvänligt PM:et är. Vad beträffar språket så används klinikernas egna formuleringar så långt det var möjligt i matriserna. Detta för att i så hög grad som möjligt faktiskt visa hur PM:en är utformade men även för att ge mindre utrymme åt våra egna tolkningar av texten. Namnen på sjukhusen har inte skrivits ut när vi gett exempel då syftet inte är att peka ut eller höja någon klinik. Ambitionen var snarare att göra en beskrivning av hur riktlinjerna är utformade på förlossningsavdelningar runt om i Sverige. Slutligen, formuleringen ”den gravida” har genomgående använts för att kringgå ordet kvinna då inte alla gravida identifierar sig som kvinna.

Resultatdiskussion

Vårt resultat visar att riktlinjerna för induktion runt om i Sverige inte är enhetliga. Endast vid 17 kliniker (13 PM) finns alla induktionsmetoder tillgängliga. Med andra ord, den induktionsmetod som en gravid erbjuds varierar och beror på var i landet individen söker vård. Det är 39 kliniker (30 PM) som erbjuder läkemedlet Cytotec® som induktionsmetod, detta trots att Läkemedelsverket inte har godkänt medlet för ändamålet. Av de kliniker som använder läkemedlet är det lite mindre än hälften (11) som varken har en referens eller en förklaring till varför ett läkemedel som inte är godkänt för induktion används. De kliniker som har referenser i sina PM refererar ofta till Läkemedelsverkets artikel (2012) som säger att Cytotec® inte hotar patientsäkerheten. I samma artikel står dock att Läkemedelsverkets rekommendation är att använda de läkemedel som redan är godkända för förlossningsinduktion. Faktumet att inte alla PM har referenser tycker vi talar för att riktlinjerna inte följer Patientlagen som säger att patienten ska erhålla sakkunnig vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2014: 821, kap 1. 7§).

Mindre än hälften av klinikernas PM har ett förstahandsval av induktionsmetod preciserat. Förstahandsvalet i sin tur är inte genomgående samma metod på alla kliniker, det verkar snarare som att sjukhusen själva har bestämt vilken metod som just de rekommenderar i första hand. Inte heller vid kontraindikationerna råder det enighet på klinikerna om när en metod är tillämplig eller inte. Ett tydligt exempel är att läkemedlet Propess® enligt några PM är kontraindicerat vid tidigare sectio men i andra PM är det en rekommenderad metod efter tidigare sectio. Detta leder till otydlighet vilket i slutändan kan bli en patientsäkerhetsfråga. I

varje landsting finns en läkemedelskommitté vars främsta uppgift är att bidra till bästa möjliga användning av läkemedel. I Stockholms läns landsting publiceras årligen en broschyr som heter Klokka listan. Enligt den (2015) har förskrivaren ett stort ansvar att medverka till att patienterna erhåller adekvat vård. Rekommendationerna ska grundas på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet. Genom gemensamma och tydliga riktlinjer har ett dokument skapats som stöd i läkemedelshantering i mötet med patienten.

Förlossningsvårdens riktlinjer för induktion har i vår studie visat att det inte finns ett givet ramverk för när metoderna skall användas eller vid vilka tillstånd hos de gravida som de exkluderas.

De största skillnaderna i vilken graviditetsvecka klinikerna inducerar finns i riktlinjerna för äggdonation. Storstadssjukhusen är de som avvaktar längst med induktion. Storstäderna har de största populationerna och därför troligtvis flest förlossningar. Det är rimligt att anta att de även har mest erfarenhet av förlossningar efter äggdonationsgraviditeter. Den erfarenheten kan eventuellt ha lett till att de inducerar i en senare graviditetsvecka. Vad beträffar vattenavgång utan värkar så fann vi att även i de fall där riktlinjerna hänvisades till studier fanns det skillnader i avvaktningstid innan induktion. Även vid överburenhet finns det olika riktlinjer för när induktion bör ske. Trots att det finns forskning (Grunewald et al, 2010) som visar på ökade neonatala komplikationer hos överburna barn födda i graviditetsvecka 43 så tillåter några klinikers riktlinjer expektans till den graviditetsveckan. Å andra sidan visar även studier att både i graviditetsvecka 42 som 43 kommer spontant förlossningsarbete starta inom tre dagar i minst 50 % av fallen. Även vid de kliniker som tillåter längre expektans kommer endast 2-3 per 1000 graviditeter att fortgå till 43 fulla graviditetsveckor (Olofsson, 2008). Induktion innebär en mer än fördubblad risk för att förlossningen avslutas med akut kejsarsnitt jämfört med vid spontan förlossning. Denna risk är mer än tredubblad vid induktion på ett omoget cervixstatus (Jonsson, Cnattingius & Wikström, 2012). Riktlinjerna lämnar till viss del utrymme för individanpassad vård genom att samtidigt som sjukhusen har en rekommenderad tidpunkt för induktion så har den gravida möjligheten att få invänta en eventuell spontanförlossning i några dagar. Detta är väl förenligt med patientlagen (SFS 2014:821, kap. 4, 1§) som säger att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Fördelen med individanpassad vård är att varje patients unika behov beaktas. Nackdelen i detta sammanhang, förlossningsinduktioner, kan vara att den personliga viljan får företräde framför forskning och beprövad erfarenhet.

Vi fann att det är svårt att hitta aktuell statistik i Sverige på hur stor del av induktionerna som utförs på humanitär/psykosocial indikation. Globala studier visar dock att induktioner på icke medicinska indikationer ökar och att inställningen till induktioner blir alltmer liberal (Vogel, Gulmezoglu, Hofmeyr och Temmerman, 2014). Vi fick inte in några PM för induktion på humanitär indikation. Genom mejl och samtal med personal på klinikerna framgick dock att induktioner på denna indikation i allra högsta grad utförs. Vad som inbegrips i begreppet humanitär indikation eller psykosocial anledning är väldigt oklart. Om en indikation inte är klart formulerad lämnas stort utrymme för individuella tolkningar, framförallt för vårdpersonal men även för den gravida. Kanske kan de stigande siffrorna för induktion delvis ha med det att göra? Vad händer då beslutet om att inducera en gravid faller tillbaka på en person, läs läkare, snarare än att vara baserat på klara tydliga riktlinjer.

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763, 2§) står att målet för hälso-och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Ändå har en rapport av Smirthwaite (2007) framställd på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting visat att det finns könsbundna skillnader i vårdtillgång. Kvinnliga patienter drabbas oftare än män av kvalitetsbrister och problem i såväl öppen- som slutenvården. En delförklaring till problemet som ges i rapporten är samhällets genusystem, ett system som utgör mannen som norm och där manligt och kvinnligt hålls isär och konstrueras till varandras motpoler. Risken med att särskilja könen åt är att män och kvinnor bedöms olika, där kvinnor vårdbehov prioriteras lägre. I förlossningsvården går det inte att jämföra mellan könen, då hela vårdformen är riktad till just den kvinnliga befolkningen. Däremot skulle det faktum att det bara är kvinnor som är målgruppen kunna förklara kvalitetsbrister och kunskapsluckor inom hela förlossningsvården som inte skulle accepterats om vårdformen även riktade sig till män enligt teorin om genusystemet.

Slutsats

Efter att ha granskat PM för induktioner i Sverige idag ser vi att det råder inkonsekvens vid val av metod, kontraindikationer och tidpunkt för induktion. Detta kan ha effekt på patientsäkerhet och jämlik vård. Vi kan dock inte säga på vilket sätt. Icke samstämmighet kring riktlinjerna, samt otydlighet kring vad som innefattas i begreppet humanitär/psykosocial indikation, kan vara en orsak till de stigande induktionssiffrorna.

Förslag på vidare forskning

Resultatet i denna studie visar att begreppet humanitär indikation är otydligt definierat och saknar tydliga riktlinjer. Vidare forskning behövs för att utreda vad som klart innefattas i begreppet. Kvalitativa intervjustudier med beslutsfattarna vid induktion, läkare, där deras förståelse och uppfattning om vad som innefattas i begreppet humanitär indikation skulle vara en intressant fortsättning på denna studies resultat. Vidare vore det intressant med journalgranskningar för att studera på vilka indikationer gravida faktiskt induceras. Om statistiken för de olika indikationerna är tillförlitlig ökar möjligheterna att urskilja mönster som kan ligga till grund för preventivt arbete för att minska induktionssiffrorna.

Referenslista

- Bonsack, C. F., Lathrop, A., & Blackburn, M. (2014). Induction of labor: Update and Review. *Journal of Midwifery & women's health*, 59 (6), 606-615. doi:10.1111/jmwh.12255
- Ekman, G. (2008). Förlossningsinduktion. I H. Hagberg., K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 515-520). Lund: Studentlitteratur.
- Grunewald, C., Håkansson, S., Saltvedt, S., & Källén, K. (2010). Significant effects on neonatal morbidity and mortality after regional change in management of post-term pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90 (1), 26-32. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01019.x
- Heimstad, R., Romundstad, P. R., Hyett, J., Mattsson, L. Å., & Salvesen, K. Å. (2007). Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (8), 950-956. doi:10.1080/00016340701416929.
- Hogg, B., & Nystedt, A. (2009). Värkrubbnings. I A. Kaplan., B. Hogg., I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 344-347). Lund: Studentlitteratur.
- Jonsson, M., Cnattingius, S., & Wikström, A. K. (2012). Elective induction of labor and the risk of cesarean section in low- risk parous women: a cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92 (2013), 198-203. doi: 10.1111/aogs.12043
- Jozwiak, M., Bloemenkamp, K. M., Kelly, A. J., Mol, B.W.J., Irion, O., & Bouvain, M. (2012). Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-291. doi:10.1002/14651858.CD001233.pub2
- Kloka listan. (2015). http://klokalistanprod.nocom.net/Global/pdf/Kloka_Listan_2015.pdf
Hämtad: 2015-03-18
- Läkemedelsverket. (2012). <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2012/Anvandning-av-misoprostol-for-forlossningsinduktion/> . Hämtat 2015-01-29
- Olofsson, P. (2008). Överburenhet. I H. Hagberg., K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 501-508). Lund: Studentlitteratur
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2001). *Forsknings-processen kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generation and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rushtaller, K. E., & Sciscione, A. C. (2012). Induction of labor. In V. Berghella (Ed.), *Obstetric Evidence Based Guidelines* (pp.190-205). New York, NY: Informa Health Care

Sanchez-Ramos, L., & Kaunitz, A. (2009). Induction of labor. *Global Library of Women's Medicine*, (ISSN: 1756-2228). doi:10.3843/GLOWM.10130

SFS 1982:763. *Hälsö-och sjukvårdslag*. Hämtad 17 mars, 2015, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 17 mars, 2015, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/?bet=2014:821

Smirthwaite, G. (2007). *(O)jämsällldhet I hälsa och vård:-en genusmedicinsk kunskapsöversikt* (Sveriges kommuner och landsting). u.o: Sveriges kommuner och landsting.

Socialstyrelsen. (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn-Medicinska födelseregistret 1973-2013-Assisterad befruktning 1991-2012*. Hämtad 17 mars, 2015 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19627/2014-12-19.pdf>

Thorsell, M., Lyrenäs, S., Andolf, E., & Kaijser, M. (2011). Induction of labor and the risk for emergency cesarean section in nulliparous and multiparous women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90 (10), 1094-1099. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01213.x

Vogel, J. P., Metin Gülmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., & Temmerman, M. (2014). Global Perspectives on Elective Induction of Labor. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57 (2), 331-342

Westfall, R. E., & Benoit, C. (2004). The rhetoric of "natural" in natural childbirth: childbearing women's perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour. *Social Science & Medicine*, 59 (7), 1397-1408. doi:10.1016/j.socscimed.

World Health Organization. (2011). *WHO Recommendations for Induction of Labour*.
Hämtad 28 januari, 2015 från World Health Organization,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf

Bilaga 1. Induktionsmetoder för omoget cervixstatus BS ≤ 5

Sjukhus	Cytotec®	Propess®	Minprostin®	Bard
Akademiska sjukhuset	1:a val Kontraind.tid.sectio. Ok vtn-avg.	Om gravida ej accepterar Cytotec®. Rel. kontraind. tid. Sectio	Nej	Kontra-ind. vid vtn-avg
BB Sophia	Rel kontraind.tid.uterus-op	Nej	Rel kontraind. tid.uterus-op	Ja
BB Stockholm	Nej	Föredras vid tid.sectio	Rel.kontraind. tid.sectio	Ja
Danderyds sjukhus	Ej tid. sectio	Nej	Försiktighet vid tid. sectio	Ja
Eksjö	Nej	Ja	Ja	1:a val vid tid. sectio Ok vid vtn-avg
Falu lasarett	Om bard ej möjlig. Kontraind. tid sectio	Ja	Nej	Ja
Gävle sjukhus och Hudiksvalls sjukhus	Kontra.ind tid utrus op Ok vid vtn-avg	Nej	Intakta hinnor. Försiktighet vid tid. sectio	1:a val vid tid. sectio. Ok vid vtn-avg.
Halmstad lasarett Varberg lasarett	Vid vtn-avg. Ej till tid. Sectio	2:a val vid tid. sectio	2:a val vid tid. sectio,	1:a val tid. sectio
Helsingborg	Undantagsvis vid tid. sectio. Ok vid vtn-avg.	Nej	Undantagsvis vid tid. sectio. Ok vid vtn-avg.	1:a val vid tid. sectio. Ok vid vtn-avg.
Kalmar	2:a val Kontraind. tid. Sectio	Nej	2:a val vid tid. sectio.	1:val
Karlskrona	Kontraind. tid.sectio Ok vid vtn-avg	Kontraind. tid. sectio	Kontra.ind tid.sectio Ok vtn-avg	Kan användas vid tid.sectio.

Karlskoga	Vid tid. sectio använd Propess®. Ej vid vtn-avg.	Används vid tid. sectio. Ej vid vtn- avg.	Nej	Nej
Karlstad	1:a val. Kontraind. tid. sectio. Ok vtn-avg.	3:e val. Företrädesvis vid tid. Sectio	3:e val	2:a val
Karolinska universitetssjukhus et Huddinge/Solna	Kontraind. tid.sectio	Nej	Försiktighet vid tid.sectio	1:a val vid tid.sectio.
Kristianstad	Kontra.ind tid sectio, stora uterus-op. Ges även vaginalt. Ok vid vtn-avg.	Ej vid tid. stora uterus op. Försiktighet vid tid.sectio.	Ej vid tid. stora uterus op. Försiktighet vid tid.sectio.	Ja
Linköping	Undantag tid.sectio.	Ja	Ja	Ja
Mälarsjukhuset Eskilstuna och Nyköping	Kontraind. tid sectio	Försiktighet vid tid. sectio	Försiktighet vid tid.sectio	1:a val vid tid. sectio.
Norra Älvsborgs sjukhus, Trollhättan	1:a val vid vtn-avg Ej 1:a val tid. Sectio	1:a val vtn-avg Ej 1:a val tid. sectio	1:a val vid vtn-avg. Ej 1:a val tid.sectio.	1:a val vid tid. sectio även vid vtn-avg.
Norrlands universitetssjukhus Umeå, Skellefteå lasarett, Lycksele Lasarett	Kontraind. tid.sectio	Nej	Nej	Väljs vid tid.sectio. Ok vid vtn-avg.
Ryhov, Jönköping	1:a val vid vtn-avg. Kontraind. tid. sectio.	2:a val vid tid.sectio.	Vid kontraind. för Cytotec®	1:a val utan vtn-avg och vid tid sectio.
Sahlgrenska universitetssjukhus et Östra/Mölndal	Nej	2:a val	2:a val	1:a val
Sollefteå sjukhus	Nej	Nej	Försiktighet vid tid. sectio	Nej

Sunderbyn och Gällivare sjukhus	1:a. val Tid. sectio ej kontraind.	Nej	Nej	2:a val. Övervägs vid tid.sectio.
Sundsvalls sjukhus	1:a val. Kontraind. tid. sectio. Ok vtn-avg	2:a val. Används vid tid. sectio. Försiktighet vid tid.sectio.	Nej	Om Cytotec® och Propess® ej lyckats.
Skövde sjukhus	Nej	Om bard ej möjlig. Rek vid. tid sectio.	Om bard ej möjlig	1:a val
Södertälje sjukhus	Vid omogen cx som förbeh.innan Bard. Kontraind.vid tid.sectio	Alternativ vid omogen cx. Rel kontraind. tid. sectio.	Nej	1:a val. Ok vtn-avg
Södersjukhuset och Södra BB	1:a metod även hos tid. sectio	Ja	Ja. Ok både före och efter vtn-avg.	Bra 1:a val vid tid. sectio. Ok vtn-avg.
Södra Sveriges Universitetssjukhus Malmö/Lund	1:a val på alla indikationer. Försiktighet tid. sectio	Ja	Ja	Endast vid tid. uterus op.
Södra Älvsborgs sjukhus, Borås	Nej	PgE2 gel Försiktig tid. sectio	PgE2 gel Försiktighet tid. sectio	Vtn-avg relativ. kontraind
Vrinnevi, Norrköping	Kontraind. tid. sectio	Försiktig tid. sectio	Kontraind. tid. sectio	Ja
Västervik	Relativ kontra.ind tid.uterus op	Nej	Relativ kontra ind. tid. uterus op	Ja
Västerås	1:a val då amnio ej möjlig Relativ kontraind. tid. Sectio	Bra val vid kvälls induktion	Nej	Alternativ till prostaglandin. Ok vid vtn-avg
Växjö	Kontraind. tid. sectio	Nej	Relativ kontraind. tid. sectio	Ok vid vtn-avg
Örebro	1:val. Ok tid. sectio	Kontraind tid. sectio	Ja	Ej vid vtn-avg

Örnsköldsvik	1:a val. Kontraind. tid.sectio. Ok vtn-avg.	Försiktighet vid tid. sectio	Intakta hinnor. Försiktighet vid tid. sectio	Ja
Östersunds sjukhus	Kontraind.tid.sectio	Nej	Ja	Ej vid vtn-avg

Bilaga 2. Indikationer för induktion och ställningstagande till induktion

Svart skrift = Information från klinikernas induktions PM. Röd och kursiverad skrift = information från separata PM

Sjukhus	Äggdonation/IVF	Vatten-avgång utan värkar	Överburenhet	Äldre förstföderska	Humanitär indikation
Akademiska sjukhuset	Nej	<i>Max 72 h</i>	<i>Rek. 42+0</i> <i>Max 42+3</i>	Nej	Nej
BB Sophia	Nej	<i>Max 48 h</i>	Omnämmt men ej def. tidpunkt för induktion	Nej	Nej
BB Stockholm	Äggdon: max 41+3 <i>IVF: 42+0</i>	<i>Max 48 h</i>	<i>42+0</i>	≥ 40 år max 41+3	Nej
Danderyds sjukhus	Äggdon: 41+0 IVF 42+0	<i>Max 48 h</i>	Max 42+0	≥ 40 år 41+0	Nej
Eksjö	Äggdon:38+0 IVF:42+0	<i>Max 72 h</i>	42+0	≥ 40 år vid befruktning v 41+0	Nej
Falu lasarett	Nej	<i>Max 72 h</i>	<i>Rek:42+0</i> <i>i enstaka fall ytterligare någon, några dagar</i>	Nej	Induktion på icke medicinsk indikation ej före grav.v 39+6

Gävle sjukhus Hudiksvalls sjukhus	Nej	<i>Max 48 h</i>	<i>Max 42+3</i>	Nej	Nej
Halmstad lasarett, Varberg lasarett	<i>Äggdon: ställningstagande till ind v 41+0</i>	<i>Förstföd: max 72 h Omföd: max 48 h</i>	<i>Rek 42+0 Max 42+3</i>	<i>≥ 40 år ställningstagande till ind. V 41+0</i>	Restriktivitet vid humanitär ind. ej före grav.v 38+0, helst mogen cx
Helsingborg	Nej	<i>Förstföd: max 48 h omföd: max 24</i>	<i>Max 42+4</i>	<i>≥ 40 år 40+3</i>	Nej
Kalmar	<i>Äggdon: ställningst agande till ind. v 38+0 eller 40+0</i>	<i>Max 72 h</i>	<i>42+0</i>	Nej	Förekommer i utvalda fall, företrädesvis på omföderskor.
Karlskrona	<i>IVF/Äggdon: ställningstagande till ind. v 41+0</i>	Nej	<i>42+0 eller ev. senare, ej def. maxgräns</i>	Nej	Nej
Karlskoga	<i>Äggdon: kontroll v 41+0</i>	<i>Förstföd: max 72 h omföd: max 48 h</i>	<i>Rek 42+3 Max 43+0</i>	<i>≥ 40 år kontroll v 41+0 ej definierat om förstföderska</i>	Nej
Karlstad	Nej	<i>Pm under revidering</i>	<i>Pm under revidering</i>	Nej	Induktion efter särskilt överbäggande på psykosocial indikation.

Karolinska universitetssjukhuset Huddinge/Solna	Äggdon: v 41+0 IVF 42+0	<i>Max 48 h</i>	42+0	≥ 40 år 41+0	Restriktivitet vid icke medicinsk indikation
Kristianstad	<i>Äggdon:tidpunkt för ind. saknas</i> <i>IVF ind senast 41+4</i>	<i>info om tidpunkt saknas</i>	<i>Rek: 42+0</i> <i>Max 42+4</i>	<i>>39 år max 41+4</i>	Nej
Linköping	Äggdon:38+0 IVF:42+0	<i>Max 48 h</i>	42+0	> 40 vid befruktning 41+0	Nej
Mälarsjukhuset Eskilstuna och Nyköping	Nej	<i>Max 48/h</i>	<i>Rek. 42+0</i> <i>Max några dygn till på den gravidas önskemål</i>	Nej	Omnämnt som ind. men ej specificerat vidare.
Norra Älvsborgs sjukhus, Trollhättan	<i>Äggdon: ställningstagande i v 41+0</i>	<i>Max 48 h</i>	42+0	Nej	Ej induktion på graviditetsrelaterade besvär utan medicinsk indikation.
Norrlands Universitetssjukhus Umeå, Skellefteå och Lycksele lasarett	Nej	<i>Vtn avg 06-24 ind påföljande morgon vtnavg nattetid ind. morgon dagen efter.</i>	42+3	<i>≥ 40 år 41+3</i> <i>Ej definierat om förstföderska</i>	Har ex på psykosociala indikationer.

Ryhov, Jönköping	Nej	<i>Max 3 dygn</i>	<i>Max 42+6</i>	Nej	Uppger humanitära skäl som indikation till induktion.
Sahlgrenska universitetssjuk- huset Östra/Mölndal	Information saknas	<i>Förstföd: max 72 h</i> <i>Omföd: rek 24</i>	<i>Erbjuds vid 42+0</i> <i>Max 43+0</i>	Information saknas	Information saknas
Sollefteå sjukhus	<i>IVF ställningstagande till ind. 41+0</i>	<i>Ta ställning efter 24 h</i> <i>Max 48 h</i>	<i>42+0, ej helg</i>	<i>≥ 40 år ställningstagande till ind. 41+0. Ej definierat om förstföderska</i>	Plan finns. Några ex på indikationer finns.
Sunderbyn och Gällivare sjukhus	<i>Äggdon: ställningstagande till ind. 40+0</i>	<i>Överväg ind. inom 3 dygn</i>	<i>Max 42+4</i>	<i>≥ 40 år max 41+4. Ej definierat om förstföderska</i>	Nej
Sundsvalls sjukhus	<i>IVF: ställningstagan de till ind. 41+0</i>	<i>Ta ställning efter 24 h.</i> <i>Max 48 h</i>	<i>42+0 (ej helg)</i>	<i>≥ 40 år ställningstagande till ind. 41+0. Ej definierat om förstföderska</i>	Nej
Skövde sjukhus	Nej	<i>Förstföd: max 3 dygn</i> <i>Omföd: max 24 h</i>	<i>Rek: 42+0</i> <i>Max 42+6</i>	Nej	Nej
Södertälje sjukhus	Info saknas	Info saknas	Info saknas	Info saknas	Info saknas

Södersjukhuset och Södra BB	<i>Äggdon: 41+0 IVF: 42+0</i>	<i>Max 48 h</i>	<i>42+0</i>	<i>≥ 40 år 41+0</i>	Nej
Södra Sveriges Universitetssjukhus Malmö/Lund	Nej	Rek 24h Max 3 dygn	Rek 42+0 Max 42+4	Nej	Beslut om induktion fattas efter samtal x flera på spec MVC.
Södra Älvsborgs sjukhus, Borås	<i>Äggdon: ställningstagande till ind. 40+0</i>	<i>Max 72 h</i>	<i>Max 42+4</i>	Nej	Nej
Vrinnevi, Norrköping	<i>Äggdon: ställningstagande till ind. 40+0</i>	<i>Max 72 h</i>	<i>Rek: 42+1 Max 42+6</i>	<i>≥ 40 år ställningstagande till ind. 41+0</i>	Induktion efter särskilt övervägande på psykosocial ind.
Västervik	<i>Äggdon: 38+0</i>	<i>Förstföd: max 72h Omföd: 24h</i>	<i>Rek: 42+0 Max 43+0</i>	<i>≥ 40 år vid befruktning eller omföd som ej fött på 10 år v 41+0</i>	Nej
Västerås	Nej	<i>Max 72 h</i>	<i>42+0</i>	<i>≥ 40 år ställningstagande i v 40+0</i>	Nej
Växjö	Nej	<i>Finns ej PM. 24 h enl. avd rutin</i>	<i>Max 43+0</i>	Nej	Induktion på psykisk anledning där väntan på spontan förlossning bedöms vara en risk

Örebro	Äggdon: ställningstagande v 41+0	Max 2 dygn	Rek 42+0 Max 43+0	≥ 40 år ställningstagande 41+0 Ej definierat om förstföderska	Nej
Örnsköldsvik	IVF, kontroll v 41+0, ind snarast	Förstföd: ta ställning efter 36 h Omföd max 72 h	42+0 ej helg	≥ 40 år bedömning 41+0, ind. snarast. Ej definierat om förstföderska	Nej
Östersunds sjukhus	Nej	Rek: 24 h Max: inom 3 dagar	42+3	Nej	Socialfaktor, t ex lång resväg kan vara ind. till induktion. (Gäller omföd med moget cx- status, tid. okompl förlossning).