

Skal du beslutte om din fødsel skal sættes i gang?

Et beslutningsværktøj for kvinder, hvis graviditet er i den sidste del af terminsperioden



JORDEMODERUDDANNELSEN
RYDAHL, E; JUHL M & CLAUSEN JA

KP KØBENHAVNS PROFESSIONSHØJSKOLE

Kolofon

Skal du beslutte om din fødsel skal sættes i gang?

- Et beslutningsværktøj til kvinder, hvis graviditet er i den sidste del af terminsperioden

Eva Rydahl, Mette Juhl og Jette Aaroe Clausen

Copyright © 2021

Københavns Professionshøjskole

Illustrationer: Eva Rydahl

Brug af uddrag af teksten herunder figurer og tabeller, er tilladt med tydelig gengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-93894-24-2

Københavns Professionshøjskole
Institut for Terapeut- og Jordemoderuddannelser
Sigurdsgade 26
2200 København N
www.kp.dk

Sprog: Dansk

Versionsnummer 1.0

August, 2021

Citation: Rydahl E, Juhl M, Clausen JA. Skal du beslutte om din fødsel skal sættes i gang?
Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole. København. 2021.

Indhold

Indledning	2
Hvad kan beslutningsværktøjet bruges til, og hvilken viden bygger det på?	3
Hvor lang er en graviditet, og hvornår er den forlænget/overbåren?	4
Hvad vil det sige at være i fødsel?	5
Er der noget, man kan gøre (andet end igangsættelse), for at få fødslen i gang?	6
Hvis det ser ud til, at fødslen ikke går i gang af sig selv	7
Mulighed 1: Hvad sker der, hvis du vælger at afvente, at fødslen går i gang af sig selv?	7
Mulighed 2: Hvad sker der, hvis du vælger at prøve at få sat fødslen i gang?	8
1. Hvis du får tabletter med hormonet prostaglandin (f.eks. Angusta)	9
2. Hvis du får et ballonkateter	10
3. Hvis jordemoderen prikker hul på fosterhinderne, så vandet løber (vandafgang)	11
4. Hvis du får et drop med hormonet oxytocin (Syntocinon)	11
Kan du altid selv vælge?	13
Hvordan kan du træffe et valg – hvad siger forskningen?	13
Oversigt over forskningsresultater	14
Hvordan kan du finde ud af, hvad der er bedst for dig, og tage en beslutning? (tre trin) ...	18
Tænk over hvilke grunde du har til at vælge hver af de to muligheder	18
Tænk over hvilke argumenter der er vigtigst for dig	18
Tænk over hvilken af de to muligheder du foretrækker	19
Hvilken viden bygger denne pjece på?	21
Udvælgelseskriterier	22

Indledning

At skulle tage stilling til, om man gerne vil have sin fødsel sat i gang, er et valg, som mange gravide stilles overfor. I Danmark er det i dag omkring hver fjerde fødsel, der sættes i gang. Denne pjeces er udarbejdet som et beslutningsværktøj til dig, der overvejer om du skal have din fødsel sat i gang, og hvor der ikke er anden grund til igangsættelsen, end at du er over din terminsdato.

Pjecen giver information om, hvad du kan forvente, hvis du vælger at afvente den spontant indsættende fødsel, og hvad du kan forvente, hvis du vælger at forsøge at få sat fødslen i gang. Vi har udarbejdet pjecen som et beslutningsværktøj, hvor du kan læse om dine forskellige muligheder og tænke over dine egne ønsker. Du kan også bruge pjecen til at forberede dig til samtaler med læge eller jordemoder. Pjecen fokuserer på disse to muligheder:

- (1) At afvente, at fødslen går i gang af sig selv
- (2) At forsøge at få sat fødslen i gang.

Når en jordemoder eller læge foreslår igangsættelse, er det fordi de vurderer, at det ikke længere er hensigtsmæssigt at afvente den spontant indsættende fødsel. En undtagelse er, når fødeafdelingen som rutine anbefaler igangsættelse til gravide, der er gået et bestemt antal dage over terminsdatoen. Her tilbydes igangsættelsen på et tidspunkt, hvor mor og barn har det godt, men hvor man forsøger at foregribe, at dette måske vil ændre sig i fremtiden.

De fleste behandlinger i sundhedssystemet har bivirkninger eller er forbundet med nogle ulemper. Det gælder også igangsættelse af fødsel. Dit valg består i, ud fra dine egne behov og ønsker, at opveje fordele og ulemper ved at få sat fødslen i gang i forhold til at afvente selv at gå i fødsel.

Når en fødsel går i gang af sig selv, så er det - så vidt vi ved i dag – normalt barnet, der ved hjælp af hormoner signalerer, når det er klar til at blive født. Derefter vil der typisk inden for nogle dage opstå spontane indsættende veer (1). Overordnet kan man sige, at en igangsættelse er en intervention, der griber ind i denne naturlige udvikling og i det samspil, der er mellem dig og dit ufødte barn.

Der findes forskellige metoder til igangsættelse, og senere i pjecen kan du læse om, hvilke specifikke, mulige bivirkninger, der er ved de forskellige metoder. Men der er nogle fælles træk ved igangsatte fødsler: De varer gennemsnitligt længere end spontant indsættende fødsler (2), og der er oftere behov for andre interventioner, som for eksempel ve-stimulation (drop), rygmarvsbedøvelse (epiduralblokade) og fosterovervågning (CTG). For en del fødende betyder det, at de ikke kan benytte vand/badekar i fødselsforløbet, eller at de bliver begrænset i deres bevægelsesmuligheder. Forskning viser, at mange kvinder, der har fået deres fødsel sat i gang, føler, at de ikke var tilstrækkeligt informeret i forhold til at tage

beslutning om igangsættelse eller ej. Desuden følte en del, at det ikke rigtigt var deres egen beslutning, men mere noget som sundhedspersonalet besluttede for dem (3,4).

Ifølge Sundhedsloven har du som borger i Danmark ret til fyldestgørende information, inden du skal træffe beslutning om en behandling (som f.eks. igangsættelse af fødslen). Du skal informeres om virkningen af behandlingen, om bivirkninger ved behandlingen og om konsekvenserne af ikke at tage imod behandlingen. Og du skal oplyses om alternativer til den foreslåede behandling (Sundhedsloven §15 og §16)(5). Alternativet til at få sat fødslen i gang er at afvente, at den går i gang af sig selv.

Hvad kan beslutningsværktøjet bruges til, og hvilken viden bygger det på?

Denne pjece skal ikke erstatte den vejledning, du får hos din jordemoder, praktiserende læge eller fødselslæge, men mere ses som et supplement. I teksten nævner vi ofte jordemoderen, da hun er den sundhedsperson, man oftest møder i den normale graviditet, men pjecen kan selvfølgelig også bruges, hvis du skal forberede dig til en lægekonsultation. Vi vil i det følgende skrive om den ukomplicerede graviditet og graviditeten omkring terminstidspunktet.

Vi formoder, at du er en rask gravid med en ukompliceret graviditet, og at du er gået et stykke over din terminsdato og derfor er blevet bedt om at tage stilling til, om du vil prøve at få sat fødslen i gang, eller om du vil afvente, at den går i gang af sig selv (og eventuelt sættes i gang på et senere tidspunkt). Nogle gravide kan blive anbefalet igangsættelse af andre årsager, som for eksempel vandafgang uden veer. Det kan også være fordi jordemoder eller læge er urolig for, om barnet vokser, som det skal. I visse tilfælde er det den gravides helbred, såsom højt blodtryk eller diabetes, der kan være årsag til at igangsættelse anbefales. Denne pjece er *ikke* skrevet til disse situationer.

Beslutningsværktøjet er udviklet af tre lektorer fra Jordemoderuddannelsen i København efter inspiration fra en lignende australsk vejledning udgivet af Queensland Centre for Mothers & Babies (6). Vi har brugt den australske vejledning, fordi den er en af dem, der lever bedst op til internationale standarder for beslutningsværktøjer (7). For at gøre informationen relevant i en dansk sammenhæng, har vi også anvendt data fra dansk forskning, information fra danske hospitalers vejledninger om igangsættelse og fra dansk lovgivning (5,8). Informationerne i denne pjece bygger på viden fra videnskabelige undersøgelser af høj kvalitet. Når du læser, vil du se små numre i teksten som denne (1). Numrene henviser til litteraturlisten sidst i pjecen, hvor du kan se de artikler eller rapporter, som informationen stammer fra. Du behøver ikke læse pjecen fra start til slut, du kan vælge at bruge indholdsfortegnelsen og forhåbentlig finde det, du søger.

Denne pjece giver svar på følgende spørgsmål:

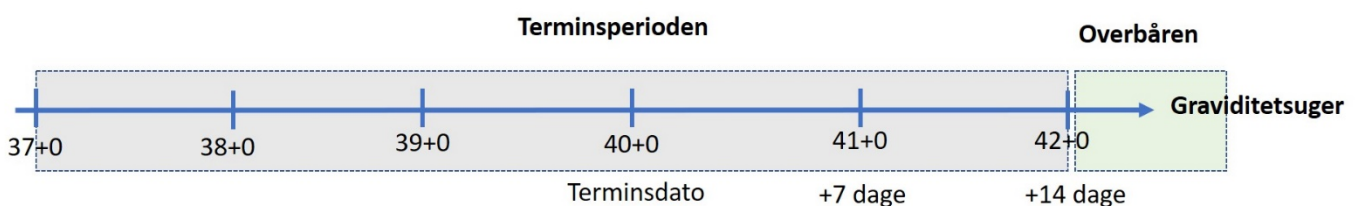
- Hvor lang er en graviditet (og hvornår er en graviditet forlænget/overbåren)?
- Hvad vil det sige at være i fødsel?
- Hvad hvis fødslen ikke går i gang af sig selv?
- Har du altid et valg?
- Hvad sker der, hvis du vælger at afvente det spontane fødselsforløb?
- Hvad sker der, hvis du vælger at prøve at få sat fødslen i gang?
- Hvad er forskellene mellem at afvente og at prøve igangsættelse?
- Hvordan kan du finde ud af, hvad der er bedst for dig og tage en beslutning
- Hvordan kan du få mere viden?

Hvor lang er en graviditet, og hvornår er den forlænget/overbåren?

Jordemødre og læger udregner normalt graviditetslængden i uger. Du kan selv, eller din jordemoder kan skønne, hvor langt du er henne i graviditeten. Dette gøres ved at regne antal uger fra din sidste menstruations første dag. Hvis du er blevet scannet tidligt i graviditeten, vil det være barnets størrelse, der anvendes til at vurdere graviditetslængden. Begge metoder resulterer i en specifik dato, kaldet *terminsdatoen*. Denne dato er dog kun et estimat og siger ikke noget om, hvornår lige præcist *du* kommer til at føde. Faktisk betegnes det som normalt, hvis du føder fra tre uger før til to uger efter terminsdatoen.

Du kan se din terminsdato som en slags middelværdi, som er fastsat til den dag, du er præcist 40 fuldgåede uger, og som ligger inden for en *terminsperiode* på i alt fem uger. Dvs. at der er gået 40 uger siden din sidste menstruations første dag eller tilsvarende ultralydsfund. Terminsberegning er udarbejdet på baggrund af *grupper* af gravide, og den tager ikke forbehold for individuelle eller familiære dispositioner. Udregningen er altså et gennemsnit af *alle* gravide, og derfor er det også helt normalt, at børn bliver født før eller efter terminsdatoen.

Figur 1, der viser, at terminsperioden strækker sig over 5 uger.



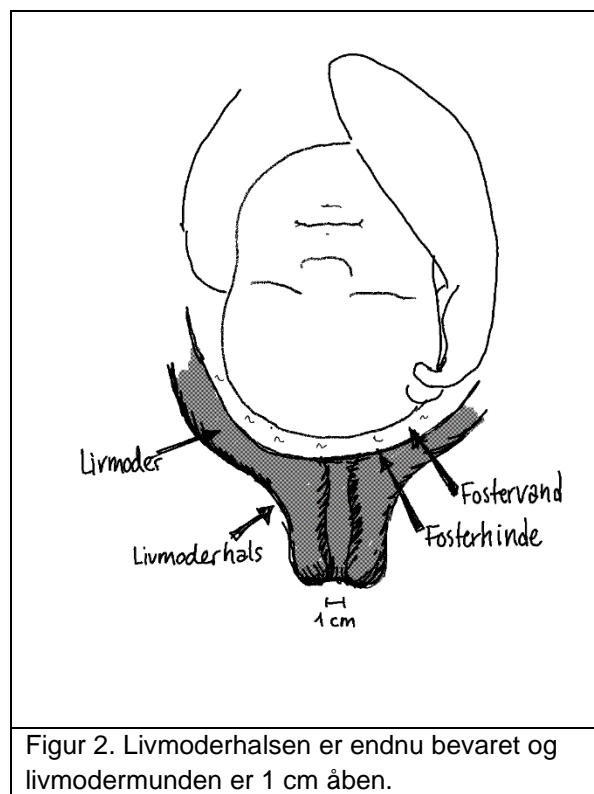
I Figur 1 kan du se, at det, man betegner som en fødsel 'til termin', er enhver fødsel, som sker inden for en periode på 5 uger. Det normale har altså vide grænser. En forlænget graviditet betegnes "overbåren" (eller på fagsprog "graviditas prolongata"). En graviditet betragtes som overbåren, hvis kvinden ikke har født inden 14 dage over terminsdatoen, dvs. graviditetsuge 42+0 (42+0 læses som 42 fuldgåede uger og 0 dage). Man ved ikke præcist, hvorfor nogle gravide har en forlænget graviditet, men cirka 4-6 % af alle gravide har en graviditet, der varer ud over den normale terminsperiode (9,10).

I Danmark er overbåren graviditet en af de mest almindelige årsager til, at en fødsel sættes i gang. Tidligere var det almindeligt at sætte fødsler i gang cirka 14 dage over terminsdatoen. I dag anbefaler danske fødeafdelinger igangsættelse cirka 10-12 dage efter terminsdatoen, dvs. *før* det tidspunkt, hvor graviditeten ifølge den faglige definition er overbåren. Ser vi på danske tal, så har omkring 15% af alle gravide endnu ikke født på dette tidspunkt (11). Det betyder, at mange gravide kommer i den situation, at de skal tage stilling til, om de gerne vil prøve at få sat fødslen i gang.

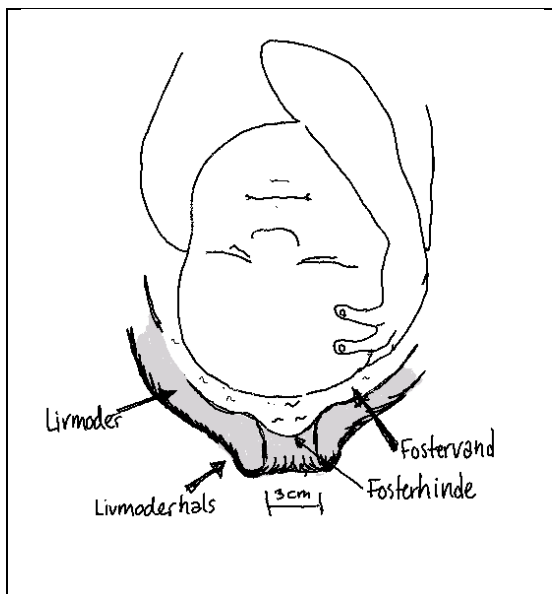
Hvad vil det sige at være i fødsel?

De fleste gravide går spontant i fødsel, dvs. at veerne starter af sig selv, eller at du får vandafgang og bagefter veer. Men mod slutningen af graviditeten, og før du går i fødsel, har din krop været igennem en række ændringer, som for eksempel ændringer af din livmoderhals og livmodermund (collum/cervix) og ændringer i livmoderens (uterus) evne til at trække sig sammen.

Livmoderhalsen ændrer sig fra at være fast til at blive blød og eftergivelig. Jordemødre beskriver ændringen af livmoderhalsen, sådan at den ændrer karakter fra at være fast som en næse (brusket) til at blive blød som læber (væskefyldt og eftergivelig). Livmoderhalsen afkortes også fra at være cirka 3 cm, indtil den under fødslen trækker sig op og "forsvinder" (fordi den går i ét med resten af livmoderen). Samtidig begynder livmodermunden (åbningen i livmoderhalsen) at åbne sig gradvist. Fagfolk beskriver den gradvise ændring som, at livmoderhalsen bliver mere "moden", hvilket hentyder til, at den er tæt på at være klar til fødsel. En "umoden" livmoderhals er derimod et tegn på at kroppen ikke er klar til at gå i fødsel.



Figur 2. Livmoderhalsen er endnu bevaret og livmodermunden er 1 cm åben.



Figur. 3 Begyndende fødsel. Livmoderhalsen er afkortet, og livmodermunden er ved at åbne sig

Figur 2 viser det, som jordemoderen ville kalde "umodne forhold": Livmoderhalsen er bevaret, dvs. cirka 3 cm lang, og livmodermunden er lukket eller næsten lukket (på figuren vist som 1 cm). Figur 3 viser en fødsel, der så småt er ved at være i gang: livmoderhalsen har trukket sig op, og livmodermunden er nu 3 cm åben.

Hos mange gravide bliver livmoderen mere aktiv, når de kommer tættere på fødslen. Livmoderen er en stor muskel, og den vil ofte begynde at lave hyppigere sammentrækninger (plukkeveer).

Ændringerne i livmoderhalsen og livmoderen sker langsomt og er fremadskridende processer, der kan tage flere uger. Samtidig med disse processer

ændres kroppens biokemi, og blandt andet hormonerne prostaglandin og oxytocin er involveret. Disse hormoner bidrager til at fødselsens start. Hormonerne spiller blandt andet en rolle i, at livmoderhalsen bliver blød og eftergivelig, og at du begynder at få flere plukkeveer.

Hvis du går spontant i fødsel, vil du formentlig vide, hvornår du er i fødsel. Hvis du er i tvivl, kan du kontakte fødegangen og tale med en jordemoder om, hvad du skal være opmærksom på, eller hvad du skal forvente dig.

Er der noget, man kan gøre (andet end igangsættelse), for at få fødslen i gang?

Når du når omkring graviditetsuge 41+0, altså én uge efter terminsdatoen, vil din jordemoder måske foreslå at "løsne hinder". For at lave "hindeløsning" skal jordemoderen lave en indvendig undersøgelse (vaginal eksploration) på dig, dvs. at hun mærker med to fingre op i din skede. En hindeløsning betyder, at jordemoderen ved en indvendig undersøgelse mærker på din livmoderhals og, hvis der er plads, laver cirkulære bevægelser med fingrene, der hvor livmoderhalsen møder fosterhinderne, dvs. de hinder, som barnet og fostervandet ligger i (se Figur 2+3).

Fagfolk betragter ikke det at lave hindeløsning som en egentlig igangsættelse, men mere som en måde at forsøge at påvirke kroppens egen produktion af hormoner med henblik på at modne livmoderhalsen. En hindeløsning kan normalt foregå ved et almindeligt jordemoderbesøg, og du kan gå hjem bagefter. Du kan opleve smerter eller ubehag under undersøgelsen, og bagefter kan du bløde lidt og måske få mange plukkeveer. Forskning viser,

at hvis 12 gravide får løsnethinder, så vil én gravid undgå igangsættelse, dvs. hindeløsning er ofte ikke virksomt (12).

Nogle prøver også selv at få gang i fødslen, f.eks. ved intimitet/sex/samleje eller stimulation af brystvorterne. Begge dele kan stimulere produktion af de hormoner, der er indblandet i at få fødslen i gang. En anden metode er akupunktur, og nogle foreslår også specifikke mad- og drikkevarer. Der findes ikke gode studier, der har kunnet vise en sikker effekt af nogen af disse metoder (13).

Hvis det ser ud til, at fødslen ikke går i gang af sig selv

Som vi beskrev tidligere, så går de fleste gravide spontant i fødsel, inden de når til graviditetsuge 42+0, altså indenfor den normale terminsperiode. I Danmark er det praksis at foreslå igangsættelse cirka 10-12 dage over terminsdatoen, dvs. 2-4 dage før graviditeten defineres som overbåren. De fleste gravide får en tid hos jordemoderen ca. én uge over terminsdatoen. Hvis du ikke har født på dette tidspunkt, vil du derfor kunne tale med jordemoderen om dine muligheder ved dette besøg. Der er to muligheder du kan vælge imellem:

1. valgmulighed:

At afvente, at fødslen går i gang af sig selv

2. valgmulighed:

At forsøge at få sat fødslen i gang

Ifølge Sundhedsloven har du som nævnt ret til at få information om, hvad konsekvenserne kan være af de forskellige valgmuligheder, før du træffer beslutning om, hvad der skal ske. Dette gælder i øvrigt enhver situation i sundhedsvæsenet, hvor du bliver tilbudt en undersøgelse eller en behandling, og det gælder derfor også både før, under og efter din fødsel (Sundhedsloven § 16 Stk.4). Du har også altid ret til at afbryde en behandling, som du er gået i gang med, hvis du skifter mening undervejs (Bekendtgørelse om Information og samtykke §3 stk. 3).

1. valgmulighed

Mulighed 1: Hvad sker der, hvis du vælger at afvente, at fødslen går i gang af sig selv?

Hvis du vælger at afvente den spontant indsættende fødsel, vil din jordemoder tilbyde dig hyppigere jordemoderundersøgelser – som regel et par gange om ugen – frem til at du har

født. Formålet er at følge med i, hvordan din graviditet udvikler sig, og hvordan barnet har det. De konkrete undersøgelser er de samme uanset om du er f.eks. 10, 12 eller 14 dage over terminsdatoen.

Jordemoderen vil typisk tale med dig om, hvordan du trives, og om du mærker barnet i dets sædvanlige rytme og aktivitetsniveau. Barnets hjertelyd følges over 20-30 minutter med et CTG-apparat. Et CTG-apparat er en maskine, der har et ultralydshoved og en ve-måler, der monteres på din mave med brede elastikker eller tapes fast til huden med plaster. Ultralydshovedet registrerer dit barns hjertelyd, og ve-måleren registrerer dine eventuelle plukkeveer. Du vil måske også blive tilbudt en ultralydsscanning, hvor bl.a. mængden af fostervand vurderes. Fostervandet er det vand, der omgiver barnet indeni livmoderen. Hvis CTG-undersøgelsen er normal, og hvis der er normal mængde fostervand og barnet bevæger sig, som det plejer, tyder det på, at barnet fortsat trives i maven.

Hvis du bliver tilbudt disse undersøgelser, kan du få jordemoderen til at forklare, hvad de konkret viser for *dit* barn.

Hvis du vælger at afvente, at fødslen går i gang af sig selv, kan du på et senere tidspunkt vælge at prøve igangsættelse, hvis du skifter mening.

2. valgmulighed

Mulighed 2: Hvad sker der, hvis du vælger at prøve at få sat fødslen i gang?

En igangsættelse af fødslen vil sige, at man forsøger kunstigt at 'starte' fødslen. Hvis du vælger at prøve at få sat fødslen i gang, aftaler du med jordemoderen en dato for, hvornår dit igangsættelsesforsøg skal starte. I Danmark er det praksis at anbefale igangsættelse cirka 10-12 dage over terminsdatoen, dvs. når du er i graviditetsuge 41+3 til 41+5. Du kan læse mere om den normale terminsperiode og om forlænget/overbåren graviditet på s. 4-5.

En igangsættelse foregår sædvanligvis under indlæggelse på hospital. På nogle hospitaler er det praksis, at en del af igangsættelsesforløbet kan foregå eget hjem. Det er ikke altid, at en igangsættelse lykkes, dvs. det er ikke altid, at fødslen faktisk går i gang af behandlingen. Hvis du ønsker det, kan du tale med jordemoderen om, hvad man normalt gør, hvis du vælger at prøve en igangsættelse, og det ikke virker. Og hvis du *får* sat fødslen i gang, og de anvendte metoder ikke virker, vil jordemoderen drøfte andre metoder til igangsættelse med dig, og du vil igen skulle beslutte, hvad der skal ske.

For at vurdere, hvor parat du er til at gå i fødsel, vil jordemoderen typisk foreslå en vaginal undersøgelse. Her føler hun efter, hvor "moden" din livmoderhals er (se s. 5-6). Dvs. om den fortsat er fast, eller om den er blevet blød og eftergivelig. Du vil også blive tilbudt en undersøgelse af barnets hjertelyd, sædvanligvis med et CTG-apparat (se s. 12).

Der findes forskellige metoder til at sætte en fødsel i gang. Vi vil se på de fire mest anvendte i Danmark. Du vil formentlig blive foreslået én af disse, eller måske en kombination af flere af metoderne. Når jordemoderen skal vurdere, hvilken metode der fysiologisk set er bedst for dig, indgår flere faktorer, f.eks. om du har født før, og hvor moden din livmoderhals er.

Her er de fire almindelige metoder til igangsættelse af fødsel:

1. Du kan få tabletter med hormonet prostaglandin (f.eks. Angusta)
2. Du kan få lagt et ballonkateter op i livmoderhalsen
3. Jordemoderen kan 'tage vandet', dvs. prikke hul på fosterhinderne, så fostervandet løber (vandafgang)
4. Du kan få et drop med hormonet oxytocin (Syntocinon).

1. Hvis du får tabletter med hormonet prostaglandin (f.eks. Angusta)

Prostaglandin er et naturligt hormon, der hjælper kroppen til at gå spontant i fødsel. Syntetisk prostaglandin er ikke det samme som naturligt prostaglandin, men et lægemiddel, der er fremstillet med henblik på at ligne kroppens naturlige prostaglandin så meget som muligt.

Syntetisk prostaglandin kan gives enten som en tablet, du spiser (Angusta), eller som en stikpille, som jordemoderen placerer højt oppe i din skede tæt på livmoderhalsen (Minprosting). En sidste mulighed er oplægning af et pessar (Misodel eller Propess). Det aktive medicinske stof i Angusta og Misodel hedder misoprostol, og det aktive stof i Minprosting og Propess hedder dinoproston.

Hvis du får tabletter, der skal spises, så skal de normalt indtages hver 2.-4. time. Angusta er den mest almindelige behandling i Danmark i dag. Hvis du får den vaginale stikpille, så skal der typisk oplægges en ny hver 6. time. Hvis du får et pessar lagt op, skal det kun op én gang, og det må være i skeden i op til 24 timer. Uanset hvilke metode du får tilbudt, vil man som regel holde pause om natten, og behandlingen kan så startes op igen næste dag.

En af ulemperne ved igangsættelse med prostaglandin er, at det kan tage flere dage, før fødslen kommer rigtigt i gang. Virkningen kan være sparsom i begyndelsen måske med hyppige, pinagtige småveer, der gradvist ændrer sig til rigtige, effektive veer. Modsat den langsomme start oplever nogle kvinder en meget pludselig og kraftig effekt af behandlingen og får hyppige, voldsomme veer (vestorm) og i nogle tilfælde en meget hurtig fødsel (lynfødsel).

På mange fødeafdelinger er det praksis, at igangsættelsesforløbet med Angusta opstarter i den fødendes eget hjem, hvis der er tale om ukompliceret graviditet og igangsættelse. Du vil i så fald få udleveret nogle ekstra tabletter, som du selv skal spise på bestemte

tidspunkter derhjemme ud fra den vejledning, du har fået på sygehuset. Der findes ikke tilstrækkelig videnskabelige studier, der kan dokumentere sikkerheden ved vores praksis med at være hjemme under igangsættelsesforløbet og ifølge indlægssedlen til Angusta bør medicinen anvendes under indlæggelse (14,15). Derfor bør du have en grundig samtale med læge eller jordemoder om hvilke forholdsregler, du skal tage, hvis du er i eget hjem. Du skal være opmærksom på, at tabletterne er udleveret til *din* igangsættelse. Du må derfor ikke give dem til andre.

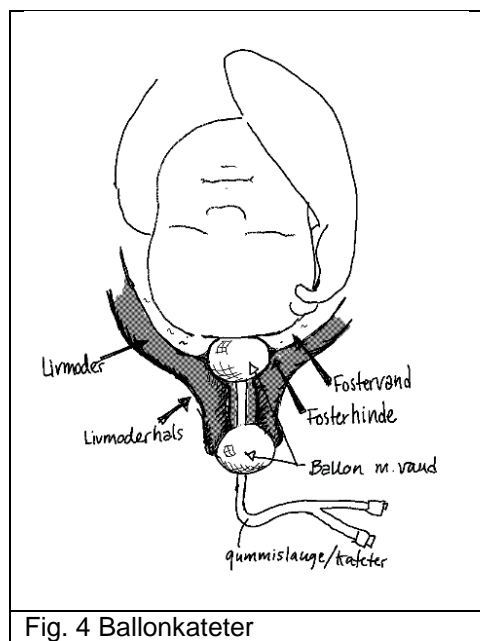
Bivirkninger til behandlingen med misoprostol (Angusta) (vi viser Angusta, fordi det er den hyppigst anvendte i Danmark for tiden):

Meget almindelige bivirkninger, dvs. at flere end 10% oplever dem (1 ud af 10): grønt fostervand, kvalme, opkastning, blødning over 500 ml efter fødslen;

Almindelige bivirkninger, dvs. at mellem 1% og 10% oplever dem (1-10 ud af 100): hjertelydsforandringer hos barnet, lav Apgar Score, vestorm, diarre, kulderystelser, feber;

Andre bivirkninger, hvor hyppigheden ikke er kendt (ikke nok data): krampe hos det nyfødte barn, iltmangel hos det nyfødte barn, tidlig løsning af moderkagen, bristet livmoder (16).

2. Hvis du får et ballonkateter



Et ballonkateter er en såkaldt 'mekanisk' behandling, dvs. at der ikke anvendes medicin. Kateteret består af en tynd gummislange, der føres ind i skeden og videre op igennem livmoderhalsen, indtil det når op til det sted, hvor livmoderhalsen møder fosterhinderne. Gennem kateteret fyldes nu to små balloner op med vand. Den ene ballon ligger i toppen af livmoderhalsen og den anden ved indgangen til livmoderhalsen. På den måde trykker de to balloner på livmoderhalsen fra hver sin side. Formålet er at stimulere din krop til at øge produktionen af de hormoner, der er med til at sætte fødslen i gang. Du kan se dette vist på Figur 4. For at jordemoderen kan lægge kateteret op, skal hun lave en indvendig undersøgelse på dig (se s. 5-6). Hun vil mærke efter, om din livmoderhals er så åben og eftergivelig, at hun let kan føre kateteret op.

For nogle kvinder kan oplægningen være forbundet med ubehag. Når ballonkateteret er placeret, vil det sidde og trykke på din livmoderhals, hvilket giver murren/smerter, der kan tiltage og måske blive til effektive veer.

Behandlingen kan afbrydes ved at klippe kateteret over, hvorved vand og kateter falder ud.

Bivirkninger til behandlingen med ballonkateter:

Da denne metode er "mekanisk" og ikke medicinsk, findes der ikke en bivirkningsprofil. Fra studier ser man, at ballonkateteret er omtrent lige så effektivt som prostaglandin til at få fødslen i gang inden for 24 timer, og at det sjældnere giver vestorm og formentligt også er mere sikkert for barnet sammenlignet med prostaglandin (17).

3. Hvis jordemoderen prikker hul på fosterhinderne, så vandet løber (vandafgang)

Barnet ligger inden i livmoderen omgivet af fosterhinderne sammen med en beskyttende portion fostervand. Hvis jordemoderen 'tager vandet', betyder det, at hun laver et hul i fosterhinderne (hindesprængning), sådan at fostervandet begynder at løbe. Dette vil hos en del gravide sætte gang i spontane veer inden for nogle timer.

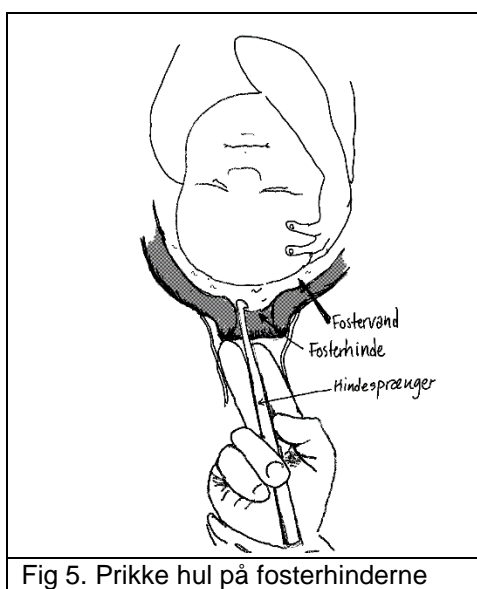


Fig 5. Prikke hul på fosterhinderne

Jordemoderen skal lave en indvendig undersøgelse på dig og mærke efter, om din livmoderhals er blød og eftergivende nok til, at det kan lade sig gøre at prikke hul på fosterhinderne.

Hvis hun vurderer, at det kan lade sig gøre, vil hun føre et langt, tyndt plastikredskab (der nærmest ligner en hæklenål) op i din skede og ridse hul på fosterhinderne (se Figur 5). Vandet kan komme enten som en stor skylle eller siver lige så stille. Fostervandet vil fortsætte med at sive under resten af fødslen.

Der er ingen nerver i fosterhinderne, så det gør ikke ondt på hverken dig eller barnet, når jordemoderen kradser hul i hinderne, men du kan selvfølgelig mærke, at hun har sine fingre i din skede.

Hvis du ikke får veer af dig selv herefter, vil du formentlig blive tilbudt, at man fortsætter igangsættelsesforsøget med et vestimulerende drop (Syntocinon) (18).

Bivirkninger til behandlingen med at prikke hul på fosterhinderne:

Da metoden er "mekanisk" og ikke medicinsk, findes der ikke en bivirkningsprofil. Bivirkninger kan dog være, at man får en behandlingskrævende infektion, hvis der går for længe, inden barnet fødes. Derfor opsættes som regel et ve-stimulerende drop i timerne efter hindesprængningen. Navlesnoeren kan i sjældne tilfælde komme i klemme ved hindesprængningen (9). Hindesprængning er den faglige betegnelse for at 'tage vandet' ved en igangsættelse.

4. Hvis du får et drop med hormonet oxytocin (Syntocinon)

Oxytocin er et naturligt hormon, som hjælper kroppen til at gå spontant i fødsel. Syntocinon er et lægemiddel, der er fremstillet med henblik på at ligne kroppens naturlige oxytocin så meget som muligt. Droppet virker ved, at du får Syntocinon ind i blodbanen gennem et

intravenøst drop, som vil sætte gang i veerne. Alternativt understøtte de veer, du allerede har, så de bliver mere effektive.

Et vestimulerende drop fungerer på den måde, at du vil blive stukket i hånden eller armen med en tynd nål, så man kan føre et lille plastikkateter ind i en blodåre. Nålen fjernes igen, og kateteret tilsluttes en plastikslange, som er forbundet til en dråbetæller på et stativ på hjul.

Når der gives et vestimulerende drop, er det normalt, at barnets hjertelyd følges kontinuerligt med et CTG-apparat. Det betyder sædvanligvis, at du vil have to bæltter spændt om maven. Det ene holder på et ultralydshoved, der registrerer barnets hjertelyd, og det andet har en vemåler påspændt, så man kan følge udviklingen i livmoderens sammentrækninger (plukkeveer/veer). Nogle gange anbefaler man, at barnets hjertelyd i stedet registreres ved hjælp af en lille elektrode, der bliver ført op i din skede og påsættes barnets hoved (caput-elektrode).

En ulempe ved at få et drop er, at du formentlig vil blive begrænset i, hvor meget du kan bevæge dig rundt, og hvor let du kan ændre stilling. Det skyldes, at din arm er tilkoblet dropstativet, og at du måske har CTG-bæltter om maven, som er koblet til CTG-apparatet. Det vil ofte være muligt at stå, sidde eller ligge, men det kan være svært at bevæge sig fra rum til rum, og du kan normalt ikke komme i bruse- eller karbad. En anden ulempe er, at veerne i nogle tilfælde kan tage meget pludseligt til, efter at der er opsat et drop. For nogle fødende opleves dette som ret voldsomt.

Ofte er det lettere at få gang i veerne, når der både er prikket hul på fosterhinderne, og der gives Syntocinon-drop på samme tid.

Hvis du får veer efter opsættelsen af droppet, vil du formentlig beholde droppet resten af fødslen. Hvis veerne *ikke* kommer i gang efter adskillige timer med drop, vil du formentlig på et tidspunkt blive foreslået et kejsersnit.

Bivirkninger til behandlingen med vestimulerende drop (Syntocinon):

Almindelige bivirkninger, dvs. at mellem 1% og 10% oplever dem (1- 10 ud af 100): for langsom eller for hurtig hjerterefrekvens hos mor, kvalme, opkastning;

Ikke almindelig bivirkning, dvs. at mellem 1‰ og 1% oplever dem (1-10 ud af 1000): hjerte-arytmi hos mor.

Sjælden bivirkning, dvs. at mellem 0,1 ‰ og 1‰ oplever dem (1-10 ud af 10.000): anafylaktisk reaktion hos mor.

Andre bivirkninger, hvor hyppigheden ikke er kendt (ikke nok data): koagulationsforstyrrelse (DIC), ændret hjerterefrekvens hos barn, iltmangel, fosterdød, bristet livmoder, lungeødem, lavt blodtryk (19).

Kan du altid selv vælge?

Igangsættelse af fødslen er et tilbud, og du har derfor også altid mulighed for at sige nej tak, hvis en jordemoder eller læge foreslår det. Igangsættelse tilbydes, når fødestedet vurderer, at det ikke er hensigtsmæssigt at afvente den spontant indsættende fødsel. I de tilfælde, hvor det er et rutinetilbud (såsom over terminsdatoen, men indenfor den normale terminsperiode) tilbydes igrangsættelsen på et tidspunkt, hvor mor og barn har det godt, men hvor man forsøger at foregribe, at dette måske vil ændre sig i fremtiden.

Omvendt, hvis du f.eks. gerne vil have fødslen sat i gang tidligere, end det rutinemæssigt tilbydes på dit fødested, er det ikke muligt at 'bestille' en igrangsættelse.




Forskellige fødesteder har forskellige rutiner, og du kan måske også opleve, at forskellige sundhedspersoner har forskellige holdninger til, hvornår de vil anbefale dig at få sat fødslen i gang. Du kan spørge din jordemoder, hvis du gerne vil vide mere om, hvornår du evt. vil blive foreslået igrangsættelse. Hvis du planlægger at føde hjemme eller på en fødeklinik, kan du ikke få fødslen sat i gang. I det tilfælde kan du tale med din jordemoder om, hvilke andre muligheder du har.

Hvordan kan du træffe et valg – hvad siger forskningen?

Der findes ikke nogen test eller noget andet, der kan fortælle dig, hvad der vil ske, hvis *du* vælger det ene fremfor det andet. Til gengæld er der lavet en del videnskabelige undersøgelser, hvor forskere har sammenlignet de to muligheder, som vi vil gennemgå i det følgende. Forskerne har undersøgt, hvad der sker, når gravide afventer, at fødslen går i gang af sig selv, sammenlignet med når gravide prøver at få fødslen sat i gang i graviditetsuge 41+0 (dvs. 7 dage over terminsdatoen) eller senere i uge 41.

Det kan måske være svært at se, hvad videnskabelige undersøgelser har at gøre med din beslutning, og vurdere, om resultaterne kan overføres til din egen situation. Du kan se på det på denne måde: De videnskabelige studier viser, hvordan det gik med *grupper* af gravide, der var i graviditetsuge 41 og enten fortsatte graviditeten eller blev forsøgt igrangsat. Resultaterne viser dermed *sandsynligheden* for forskellige udfald/indgreb i hver af de to grupper. Man kan altså ikke bruge videnskabelige studier til med sikkerhed sige, hvad der sker, hvis *du* vælger den ene fremfor den anden mulighed. Men de kan give dig en ide om, hvilke konsekvenser, der kan være af hver af valgmulighederne. Studierne kan give dig en ide om, hvor *sandsynligt* det er, at forskellige ting vil ske, dvs. hvad er chancen eller risikoen for, at noget bestemt vil ske.

Vi har lavet en oversigt over nogle af de væsentlige resultater. De studier, vi har taget med, er studier, hvor deltagerne har været "lav-risiko-gravide", dvs. kvinder, der ikke har haft komplikationer i deres graviditet. Nogle studier er af bedre kvalitet end andre, så når vi viser resultater fra et studie, har vi markeret studiets kvalitet med enten en guld-, sølv- eller bronzemedalje:

	En guldmedalje gives til studier af høj kvalitet. Guldmedaljen fortæller os, at vi kan have stor tiltro til, at når vi vælger at gøre noget (f.eks. at få sat fødslen i gang), så er dette årsag til det, der efterfølgende sker (f.eks. akut kejsersnit)
	En sølvmedalje gives til studier af middel kvalitet. Ved sølvmedalje-studier kan vi have moderat tiltro til, at når vi vælger at gøre noget (f.eks. at få sat fødslen i gang), så er dette årsag til det, der efterfølgende sker (f.eks. akut kejsersnit)
	En bronzemedalje gives til studier af lav kvalitet. Bronzemedalje-studier kan fortælle os, at der måske, men med stor usikkerhed , kan være en sammenhæng (mellem f.eks. at få sat fødslen i gang og et efterfølgende akut kejsersnit).


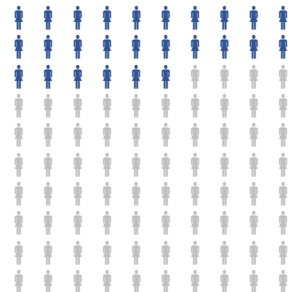


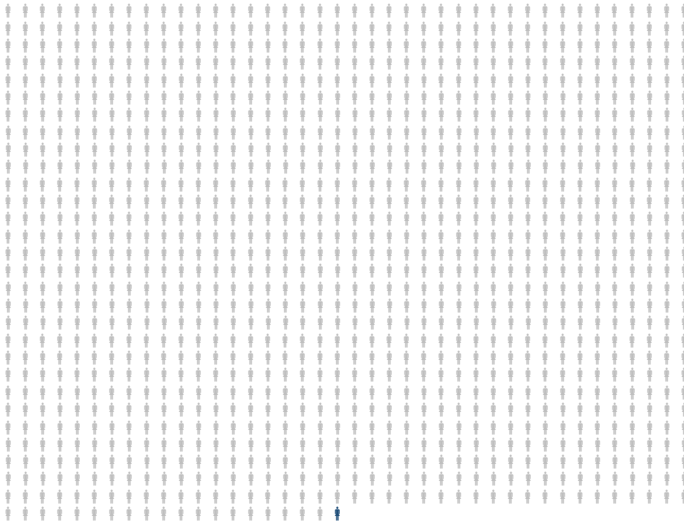
Oversigt over forskningsresultater


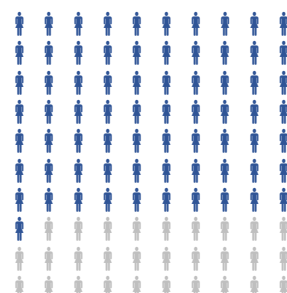




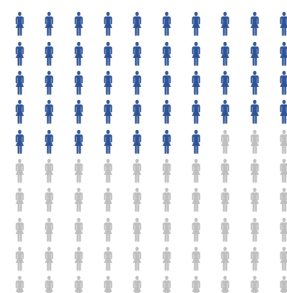


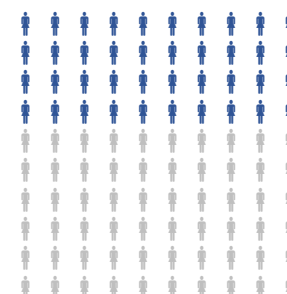

Når man sammenligner spontant indsættende fødsler med igangsatte fødsler, er der forskel i indgreb og komplikationer. I det følgende gennemgår vi resultater fra studier, der har foretaget sådanne sammenligninger.



Vi har medtaget studier, der sammenligner igangsættelse 41+0 (7 dage over terminsdatoen) med at afvente til 42+0 (14 dage over terminsdatoen), medmindre andet er anført. Dette ligner ikke helt danske forhold, fordi i Danmark sættes fødsler typisk i gang 10-12 dage over terminsdatoen, og ikke allerede efter 7 dage. Og fordi nogle gravide sættes i gang senere end 42+0. Men det er nu de studier, der findes af acceptabel kvalitet, og derfor den bedste videnskabelige viden, der er tilgængelig på nuværende tidspunkt. Du kan læse mere om, hvordan vi har udvalgt hvilke studier der skulle med, under udvælgelseskriterier på s. 22.

Tabel 1 viser forskellige hændelser/udfald, som kan ske i forbindelse med fødslen. Vi viser risikoen i hver gruppe (at afvente og at prøve igangsættelse) i et "dottogram". Hvis én person ud af 100 er markeret med farve, svarer det til at 1 ud af 100 vil opleve det pågældende udfald. På den måde kan du aflæse risikoen i hver af de to grupper og sammenligne dem. Et konkret eksempel: Hvis vi ser på linjen med vestimulerende drop, kan vi se, at 47 kvinder ud af 100, som afventede spontant indsættende fødsel, fik et drop. I gruppen, der fik sat fødslen i gang, var risikoen højere, nemlig 63 ud af 100.

Tabel 1. Oversigt over forskningsresultater om risikoen for forskellige hændelser/udfald ved fødslen.

	Gravide der afventer at fødslen går i gang af sig selv	Gravide der prøver at få sat fødslen i gang	Kommentarer
Barnet			
Sandsynligheden for grønt fostervand (20) 	26 ud af 100 fødende havde grønt fostervand 	18 ud af 100 fødende havde grønt fostervand 	Grønt fostervand kan være tegn på, at barnet er stresset. I sjældne tilfælde kan barnet få det grønne vand i lungerne, hvilket kan være alvorligt.
Sandsynligheden for, at barnet dør (før, under eller indenfor 7 dage efter fødslen) (11) 	1 ud af 1220 børn dør før, under eller indenfor 7 dage efter fødslen. Dette er ens for de to grupper 		Disse tal er baseret på danske data: Igangsættelse 10-12 dage over terminsdatoen sammenlignet med gravide, der afventer spontant indsættende fødsel frem til 14 dage over terminsdatoen.
Udfald for den fødende			

<p>Sandsynligheden for spontant indsættende fødsel, hvis ikke igangsat (20)</p> 	<p>71 ud af 100 fødende går spontant i fødsel</p> 		<p>Ikke alle, der afventer går spontant i fødsel. Nogle igangsættes på et senere tidspunkt. Eksempelvis hvis der opstår komplikationer eller fordi de når til 42+0. Enkelte får kejsersnit pga. komplikationer.</p>
<p>Antal timer fra aktiv fødsel (gode veer) til barnet er født (2) (én person=én time)</p> 	<p>14 timer er man aktivt i fødsel inden barnet er født</p> 	<p>20 timer er man aktivt i fødsel inden barnet er født</p> 	
<p>Sandsynligheden for vestimulerende drop (Syntocinon) (20)</p> 	<p>47 ud af 100 fødende får vestimulerende drop</p> 	<p>63 ud af 100 fødende får vestimulerende drop</p> 	
<p>Sandsynligheden for rygmarvsbedøvelse (epiduralblokada) (20)</p> 	<p>40 ud af 100 fødende rygmarvsbedøvelse</p> 	<p>44 ud af 100 fødende får rygmarvsbedøvelse</p> 	<p>I Danmark får omkring 33% af <i>alle</i> førstegangsfødende epiduralblokada, mens tallet for flergangsfødende er 13%. Altså færre end illustreret her.</p>

Sandsynligheden for, at livmoderen brister (uterusruptur) (11) 	I 2,6 ud af 1000 fødsler vil livmoderen bryde. Hyppigst blandt flergangsfødende og fødende, der tidligere har fået kejsersnit.	I 4,2 ud af 1000 fødsler vil livmoderen bryde. Hyppigst blandt flergangsfødende og fødende, der tidligere har fået kejsersnit.	Disse tal er baseret på danske data: Igangsættelse 10-12 dage over terminsdatoen sammenlignet med gravide, der afventer spontant indsættende fødsel frem til 14 dage over terminsdatoen.
Sandsynligheden for barselsfeber (endometrit, infektion i livmoderen efter fødslen) (2) 	I 4 ud af 1000 fødsler vil kvinden få en infektion i livmoderen efter fødslen	I 13 ud af 1000 fødsler vil kvinden få en infektion i livmoderen efter fødslen	

I det ovenstående er de vigtigste udfald vist. Yderligere finder man i de anvendte studier (2,11,20,21), ikke nogen statistisk forskel mellem at afvente det spontane forløb eller forsøge en igangsættelse i uge 41 i forhold til:

- Om barnet fødes med lav Apgar score (<7/5 minutter) (20)
- Om barnet fødes med svær iltmangel (pH<7,05) (20)
- Om den fødende ender med et akut kejsersnit under fødslen (20)
- Om den fødende bløder meget efter fødslen (>1000 ml) (20)
- Om den fødende får alvorlige bristninger i mellemkødet (3-4 grads bristninger) (20)
- Om den fødende får et klip i mellemkødet (20)
- Om den fødende får behov for antibiotika under fødslen (20)
- Om den fødende får vestorm (sparsomt undersøgt) (21)

Ovenfor har vi vist resultater om det man kalder korttidseffekter. Langtidseffekter af at tilbyde igangsættelse rutinemæssigt inden udgangen af terminsperioden er ikke undersøgt lige så godt.

Der er dog de senere år kommet mere fokus på, at det kan have betydning for fødende kvinder og deres børn, når man bryder ind i den hormonelle udveksling mellem mor og barn, der i sidste ende udmunder i spontant indsættende veer (22) (se s. 5). Eventuelle langtidseffekter kan skyldes selve igangsættelsen eller de tilstødende behandlinger, igangsættelsen kan medføre. Eksempelvis kan et øget behov for epiduralblokade eller vestibulerende drop hver især have langtidsvirkninger. Et stort nyt studie finder for eksempel, at børn, der er født efter igangsættelse, oftere indlægges senere i livet med luftvejsproblemer eller infektioner (øre, næse, svælg, åndedræt og blodforgiftning) (23).

Hvordan kan du finde ud af, hvad der er bedst for dig, og tage en beslutning? (tre trin)

Der findes ikke én rigtig beslutning, og den bedste beslutning for dig er ikke nødvendigvis den bedste beslutning for en anden gravid. Den bedste beslutning for dig er den, der bedst matcher dine egne værdier, behov og ønsker. De nedenstående trin kan måske hjælpe dig til at træffe din beslutning.

- 1 Tænk over hvilke grunde du har til at vælge hver af de to muligheder**
Det kan være hjælpsomt at overveje, hvilke grunde du har til at vælge hver af de to muligheder. Her er et skema, hvor du kan skrive dine begrundelser for at afvente og for at få sat fødslen i gang. Du kan skrive så mange eller så få begrundelser, som du har lyst til.
- 2 Tænk over hvilke argumenter der er vigtigst for dig**
Nogle af dine argumenter er måske vigtigere for dig end andre. I skemaet kan du markere hvert af dine argumenter med 1, 2 eller 3 stjerner i det lille felt højre, alt efter hvor vigtigt det er for dig. Det hjælper dig måske med at afklare, hvad der har størst betydning for dig.
(Se skema næste side)

* Betyder ikke så meget

** Betyder en del for mig

*** Har stor betydning for mig

Grunde til at afvente, at fødslen går i gang af sig selv	Grunde til at prøve at få sat fødslen i gang
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Tænk over hvilken af de to muligheder du foretrækker

Når du ser på dine overvejelser i skemaet, giver det måske sig selv, hvad der tiltaler dig mest. Det kan også være, at du stadig er i tvivl og har brug for at tænke mere over det. Hvis du har spørgsmål, du mangler at få svar på, så tag skemaet med til din jordemoder, og så kan I måske sammen afklare, hvad der betyder mest for dig.

Lige nu tænker jeg, at:

Jeg foretrækker at afvente, at fødslen går i gang af sig selv

Jeg er i tvivl

Jeg foretrækker at prøve at få sat fødslen i gang

Hvis du vil, kan du her skrive spørgsmål, som du vil drøfte med din jordemoder eller læge:

Hvilken viden bygger denne pjece på?

Dette beslutningsværktøj bygger på viden fra en række videnskabelige studier og enkelte andre typer kilder. Her er en liste over inddraget litteratur:

1. Ravanos K, Dagklis T, Petousis S, Margiouda-Siarkou C, Prapas Y, Prapas N. Factors implicated in the initiation of human parturition in term and preterm labor: a review. *Gynecol Endocrinol*. 2015;31(9):679–83.
2. Wennerholm U-B, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*. 2019 Nov;367:l6131.
3. Lou S, Hvidman L, Uldbjerg N, Neumann L, Jensen TF, Haben JG, et al. Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. *Birth*. 2019;46(3):400–10.
4. Schwarz C, Gross MM, Heusser P, Berger B. Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*. 2016 Apr;35:3–10.
5. Heunicke M. Sundhedsloven [Internet]. Vol. LBK nr 903. Copenhagen: Sundheds- og ældreministeren; 2019. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>
6. Center for Mothers & babies Q. Choosing how your labour will start: A decision aid for women with a longer pregnancy. Queensland: Center for Mothers & Babies; 2010. p. 18.
7. Berger B, Schwarz C, Heusser P. Watchful waiting or induction of labour--a matter of informed choice: identification, analysis and critical appraisal of decision aids and patient information regarding care options for women with uncomplicated singleton late and post term pregnancies: a. *BMC Complement Altern Med*. 2015 May;15:143.
8. Collaboration TIPDAS (IPDAS). IPDAS Patient Decision Aid Checklist for Users [Internet]. Vol. 2012. 2012. Available from: <http://ipdas.ohri.ca/>
9. Brunstad & Tegnander, E. A. Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde. 1st ed. Oslo, Norge: Akribe; 2010.
10. Heimstad R, Romundstad PR, Salvesen KA. Induction of labour for post-term pregnancy and risk estimates for intrauterine and perinatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(2):247–9.
11. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Routine induction in late-term pregnancies: follow-up of a Danish induction of labour paradigm. *BMJ Open*. 2019 Dec;9(12):e032815.
12. Finucane EM, Murphy DJ, Biesty LM, Gyte GM, Cotter AM, Ryan EM, et al. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2020 Feb;2(2):CD000451.
13. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, et al. Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Oct;11:84.
14. Dansk lægemiddel information. Indlægsseddel Angusta 25 mikrogram tabletter [Internet]. Dansk Lægemiddel information; 2021. p. 6. Available from: <https://www.indlaegssedler.dk/resource/Pdf/Indlaegsseddel/f5dbf07f-626d-4e8c-aa08-3f57f65d7d8f>
15. Vogel JP, Osoti AO, Kelly AJ, Livio S, Norman JE, Alfirevic Z. Pharmacological and mechanical interventions for labour induction in outpatient settings. *Cochrane database Syst Rev*. 2017 Sep;9(9):CD007701.
16. Indlægsseddel Angusta [Internet]. 2020. p. 1–7. Available from: <http://xnet.dkma.dk/indlaegsseddel/PdfFileServlet?formulationid=18145&lang=da>
17. Chen W, Xue J, Peprah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(3):346–54.
18. Abbas, S, Bjørn AMB, Helming RB et al. Igangsættelse af fødsel [Internet]. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi; 2013. Available from: [http://www.dsog.dk/sandbjerg/ligangsætning af foedsel.pdf](http://www.dsog.dk/sandbjerg/ligangsætning%20af%20foedsel.pdf)
19. Lægemiddelstyrelsen. Syntocinon, injektionsvæske, opløsning 10 IE-ml [Internet]. Lægemiddelstyrelsen; 2020.

Available from: <http://produktresume.dk/AppBuilder/search?utf8=✓&id=&type=&q=syntocinon&button=Søg>

20. Alkmark M, Keulen JKJ, Kortekaas JC, Bergh C, van Dillen J, Duijnhoven RG, et al. Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS Med.* 2020 Dec;17(12):e1003436.
21. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz B, Ozdas E, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Jun 1;120(2):164–9.
22. Buckley SJ. *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care.* Washington D.C: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, January 2015.; 2015.
23. Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth.* 2018 Dec;45(4):347–57.
24. Keulen JKJ, Bruinsma A, Kortekaas JC, van Dillen J, van der Post JAM, de Miranda E. Timing induction of labour at 41 or 42 weeks? A closer look at time frames of comparison: A review. *Midwifery.* 2018 Nov;66:111–8.

Udvælgelseskriterier

I denne pjece har kriterierne for udvælgelse af relevant litteratur til de præsenterede forskningsresultater været, at studierne skal være publiceret i internationalt peer-reviewede tidsskrifter. Yderligere skal studierne være publiceret inden for de seneste ti år, fordi de skal afspejle en nutidig praksis og med relevant brug af nutidens igangsættelsesmetoder. Til almindeligt forekommende udfald (f.eks. kejsersnit) præsenteres resultater fra klinisk randomiserede studier, primært et svensk og et hollandsk studie (2,24). Til sjældne udfald, som perinatal død og uterin ruptur, har vi prioriteret observationelle data fra et nyere dansk ITS-studie (interrupted time series) i quasi-randomiseret design (11). Når vi baserer resultater for sjældne udfald på observationelle data, skyldes det, at de randomiserede design er utilstrækkelige, fordi de er for små og dermed ikke kan opnå tilstrækkelig statistisk styrke.

Hvis du gerne vil i kontakt, er forfatterne: Eva Rydahl evry@kp.dk, Mette Juhl meju@kp.dk eller Jette Aaroe Clausen jecl@kp.dk, alle fra Jordemoderuddannelsen på Københavns Professionshøjskole. Forfatterne har ingen interessekonflikter/økonomiske interesser i, hvilke valg du tager efter at have læst denne pjece.