

Riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41

Innehåll

Riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41	3
Syfte.....	3
Bakgrund	3
Överburenhet	3
Riskfaktorer för intrauterin fosterdöd.....	4
Praxis idag och patientupplevelse	6
Rekommendation för handläggning i graviditetsvecka 41 (41+0–41+6)	7
Vårdnivå.....	7
Kvalitetsuppföljning.....	8
Innehållsansvarig	8
Nationell Arbetsgrupp för handläggning efter 41 graviditetsveckor	8
Kunskapsunderlag vid framtagande av riktlinje för handläggning av graviditet efter vecka 41.....	9
Referenser	11
Bilaga Konsekvensbeskrivning	1

Riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41

Syfte

Syftet är att ge en rekommendation till landets förlossningskliniker kring handläggning av graviditeter i graviditetsvecka 41 för att förbättra förutsättningarna för en evidensbaserad och jämlik vård.

Bakgrund

Överburenhet

En genomsnittlig graviditetslängd är 40 veckor. Graviditetslängden baseras i Sverige som regel på en ultraljudsundersökning utförd under första eller andra trimestern. Vid graviditetslängd över 42 veckor betecknas graviditeten som överburen. Vid internationell jämförelse 2015 utmärkte sig Sverige genom att ha den i särklass högsta andelen överburna graviditeter (≥ 42 veckor). WHO rekommenderar induktion (igångsättning av förlossning) vid 41 graviditetsveckor.

För en graviditetslängd på 41+0 till 41+6 (veckor + dagar) finns det inget svenskt begrepp. I denna rapport används begreppet 41 veckors graviditetslängd för denna period. Med ”början av graviditetsvecka 41” avses graviditetslängd 41+0 till 41+2. Cirka 20 % av alla

graviditeter når 41 veckor, och 5–6 % når 42 veckor. Det innebär att cirka 25 000 graviditeter per år i Sverige når 41 veckor och kan innefattas av en förändrad handläggning beträffande

övervakning och/eller igångsättning i denna vecka. Med igångsättning av förlossningen menas att man med läkemedel eller mekaniska metoder framkallar ett förlossningsarbete innan det startar spontant. Skälen är nästan alltid att man bedömer att kvinnan och/eller barnets hälsa befrämjas av att graviditeten avslutas. Studier har påvisat sämre perinatale utfall vid överburenhet när det gäller sjuklighet och risk för död hos barnet (1-3).

I en Cochrane-analys [4] som omfattade 34 randomiserade kontrollerade studier undersöktes perinatal dödlighet efter induktion efter graviditetsvecka 37 jämfört med expektans (21 563 kvinnor). Analysen påvisade en lägre perinatal dödlighet i induktionsgruppen jämfört med expektansgruppen (0,4/1 000 vs 3,0/1 000, relativ risk 0.31; 95 % konfidensintervall 0,15–0,64). Det fanns en skillnad i neonatal morbiditet i form av lägre behov av inläggning på neonatal intensivvårdsavdelning i induktionsgruppen, medan övriga utfall inte tydligt skilde sig mellan grupperna. Frekvensen kejsarsnitt var lägre i induktionsgruppen. I subgruppsanalys av induktion efter 41–42 veckor jämfört med expektans reducerades perinatal dödlighet vid induktion (relativ risk 0,26; 95 % CI 0,11–0,64).

Tre randomiserade kontrollerade studier har specifikt jämfört induktion vid 41 fullgångna graviditetsveckor med expektans och induktion vid 42 fullgångna veckor [5–7]. En av studierna (SWEPI-studien) är en svensk multicenterstudie som inkluderade 2 760 friska gravida [7]. Kvinnor med tidigare kejsarsnitt var inte inkluderade i studien. Ingen skillnad i primärt utfall mellan grupperna påvisades, men studien avbröts i förtid på grund av att perinatal död var signifikant högre i expektansgruppen. En metaanalys av de tre studierna [8] visade att perinatal död skulle kunna minskas genom induktion i början av graviditetsvecka 41, men det är osäkert hur stor denna minskning blir. Behov av inläggning på neonatal intensivvårdsavdelning minskar sannolikt vid induktion. Analysen visar ingen skillnad i andel kejsarsnitt eller andra viktiga mödrautfall.

Riskfaktorer för intrauterin fosterdöd

Definitionen av dödföddhet (intrauterin fosterdöd, IUFD) är i Sverige barn som är dödfödda efter 22 fullgångna graviditetsveckor. Detta är samma definition som används i de flesta europeiska länder.

I Sverige är förekomsten av dödföddhet ungefär fyra per tusen födda barn. Socialstyrelsen publicerade i december 2018 en rapport avseende IUFD i Sverige [9], baserad på data i Medicinska Födelseregistret från 1973–2016.

I den aktuella rekommendationen för graviditetsvecka 41 beaktas andra samtidiga riskfaktorer för IUFD. Riskfaktorer för IUFD har studerats separat före och efter vecka 37+0. När det gäller fosterdöd i graviditeter som nått vecka 41+0 eller längre finns begränsat

vetenskapligt underlag, och gruppen har gjort bedömningen att riskfaktorer identifierade i fullgången tid sannolikt har betydelse även efter graviditetsvecka 41.

Tillväxthämning är en stark riskfaktor för IUFD [9, 10]. En utmaning för mödrahälsovården är att hitta de foster som är små för tiden (SGA). Mätning av symfys-fundus mått är en ineffektiv metod för att upptäcka SGA [11]. Ultraljudsdiagnostik vid 41 graviditetsveckor kan ha betydelse för att hitta fall av SGA, som inte upptäckts tidigare [12]. Den kliniska betydelsen, och om det minskar risken för IUFD som screeningmetod efter graviditetsvecka 41 är inte säkerställd.

Andra faktorer som har ett starkt samband med risk för IUFD efter 37 veckor är kvinnans ålder, paritet, BMI och födelseland eller ursprung.

Ålder

Ålder ≥ 40 år innebar i Socialstyrelsens rapport från 2018 en oddskvot för IUFD ≥ 37 veckors graviditet på 3,3 och motsvarande oddskvot för ålder ≥ 35 år var 2,6 [9]. Riskökningen för åldersgruppen 35–39 gällde dock bara förstföderskor. Hos omföderskor sågs ingen ökad risk hos 35–39-åringar jämfört med referensgruppen 20–24-åringar.

I studier har liknande resultat setts där risken för IUFD är stigande med ökad mödraålder [13-18]. I en stor amerikansk studie var risken för IUFD hos friska gravida kvinnor i graviditetsvecka 41 högre för kvinnor 35–39 år (RR 1,5; 95 % CI 1,2–2,0), och kvinnor ≥ 40 år (RR 3,1; 95 % CI 2,0–4,8) jämfört med yngre kvinnor [16]. I den studien var risken för IUFD förhöjd efter 35 år, även för omföderskor (OR 1,5; 95 % CI 1,4–1,7). I SWEPI-studien [7] inträffade tre av de perinatala dödsfallen i expektansarmen hos kvinnor över 35 år ($n=279$; 1,1 %), och tre hos kvinnor under 35 år ($n=1\ 100$; 0,3 %). Samtliga sex kvinnor var förstföderskor. I en systematisk översikt och metaanalys av tre randomiserade studier som jämfört induktion och expektans i graviditetsvecka 41, fann man en ökad risk för perinatal morbiditet och mortalitet vid expektans oavsett moderns ålder [8].

Paritet

Förstföderskor hade i Socialstyrelsens rapport 2018 en oddskvot på 2,4 för IUFD efter 37 veckors graviditet, jämfört med kvinnor som tidigare fött barn [9]. Detta överensstämmer med andra studier som visat fördubblad risk för IUFD hos förstföderskor [10]. I ovannämnda metaanalys och subgruppsanalys av Alkmark och medarbetare hade förstföderskor, men inte omföderskor en ökad risk för perinatal morbiditet och mortalitet vid exspektans till 42 graviditetsveckor [8].

BMI

Med stigande BMI ökar risken för IUFD. I en svensk population var oddskvoten för IUFD i fullgången tid 1,9 vid BMI 30–34 och 2,4 vid BMI \geq 35, jämfört med normalviktiga kvinnor [9]. Det stämmer väl med andra studier avseende fetma som riskfaktor för IUFD [19–22].

Ursprung

Kvinnor med ursprung från Afrika söder om Sahara har en ökad risk för IUFD efter 37 veckor, jämfört med kvinnor födda i Sverige. Här är oddskvoten 2,1 i Socialstyrelsens rapport [9]. Liknande resultat ses i en motsvarande rapport från USA avseende ”non-hispanic black women”, som visade fördubblad risk för IUFD [23], liksom i andra studier [3, 10, 24].

Övriga faktorer

Rökning innebär en ökad risk, men sambandet är måttligt [9, 25–27].

Studier av graviditet efter assisterad befruktning har visat olika resultat avseende risk för IUFD [28–30]. I två svenska kohortstudier sågs ingen ökad risk för IUFD, efter korrektion för störfaktorer [31].

Tidigare kejsarsnitt har i olika studier visats ha en måttlig till stark association med IUFD [32–34]. Det är oklart hur mycket en överrisk för denna grupp beror på indikationen för tidigare kejsarsnitt och hur mycket som eventuellt beror på den genomgångna operationen. Induktion vid tidigare kejsarsnitt är kopplat till ökad risk för medicinska komplikationer.

Kvinnor med tidigare kejsarsnitt inkluderades inte i INDEX- och SWEPI-studierna. Eftersom patienter med tidigare kejsarsnitt exkluderats från de flesta randomiserade studier som jämfört induktion med exspektans, kan vi inte ge en evidensbaserad rekommendation för vid vilken graviditetslängd som induktion rekommenderas för denna grupp. Vi rekommenderar att kvinnor med tidigare kejsarsnitt erbjuds en kontroll i början av vecka 41, där man beslutar om handläggning utifrån individuella förutsättningar. Grundrekommendation att kvinnan bör vara i värkarbete eller ha fött sitt barn innan graviditetsvecka 42+0 gäller även kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt.

Praxis idag och patientupplevelse

Under 2020 har handläggning av graviditeter vid 41 veckor varierat i Sverige. Uppgifter inhämtade från olika regioner under våren till hösten 2020, visade på fyra huvudstrategier som innebar följande:

1. Samtliga gravida erbjuds induktion i början av graviditetsvecka 41.
2. Ett urval av gravida erbjuds induktion utifrån bakgrundsfaktorer.
3. Gravida erbjuds induktion efter klinisk bedömning och/eller ultraljud.
4. Gravida erbjuds induktion vid 42 veckor utan rutinmässig kontroll dessförinnan.

Det fanns också variationer inom regionerna.

Arbetsgruppen har tittat på patientupplevelse av information och induktion vid graviditetsvecka 41 på två kliniker som erbjuder detta (Göteborg och Falun). Svaren från totalt 34 kvinnor var relativt samstämmiga. Majoriteten hade fått information kring fördelar med igångsättning vid 41 veckor via mödrahälsovården och inte genom vänner eller media.

Flera var nöjda med informationen men önskade mer information hur igångsättning går till och hur lång tid det tar med igångsättning.

Induktion, medicinska interventioner och långdragen förlossning har kopplats till negativ förlossningsupplevelse, men även information, förväntningar och stöd påverkar förlossningsupplevelsen [35, 36].

En systematisk översikt av kvalitativa studier, som undersökt kvinnors upplevelse i samband med induktion vid överburenhet, identifierade att kvinnor fick ändrade förväntningar, upplevde minskad delaktighet i vården samt att det styrdes mer av organisatoriska aspekter och upplevdes mindre patientcentrerat [37]. Kvinnor har också beskrivit det som att vara i limbo med en minskad tilltro att förlossningen kan starta spontant då man nått graviditetsvecka 41 [38].

I en norsk klinisk prövning angav flera kvinnor som inducerades i graviditetsvecka 41 att de skulle önska samma handläggning vid ny graviditet, jämfört med kvinnor som randomiserats till att avvakta spontan start (74 % jämfört med 38 %) [39]. I en delstudie till SWEPI studien sågs ingen skillnad avseende skattad förlossningsupplevelse av kvinnor som randomiserats till induktion respektive exspektans. Båda grupper skattade sin förlossning överlag positivt [40].

Sammantaget visar studier på olika resultat när det gäller patientupplevelse av induktion och överburenhet, vilket poängterar vikten av saklig information och samråd med kvinnan.

Rekommendation för handläggning i graviditetsvecka 41 (41+0–41+6)

- Mödrahälsovården bör erbjuda alla gravida muntlig och skriftlig information om handläggning i graviditetsvecka 41.
- Kvinnan bör vara i värkarbete, eller bör ha fött sitt barn innan graviditetsvecka 42+0.
- I början av graviditetsvecka 41 rekommenderas i samråd med kvinnan något av följande alternativ:
 - Erbjud induktion.
 - Erbjud undersökning och bedömning av mor och barns välbefinnande med individuell planering.

Följande riskfaktorer bör beaktas vid behov av prioritering till induktion i början av vecka 41:

- Misstanke om medicinska komplikationer eller vid avvikande fynd vid undersökning av kvinnan eller fostret.
- Ålder ≥ 40 år.
- Förstföderska.
- BMI ≥ 30 kg/m².
- Ursprung från Afrika söder om Sahara.

Förslag till nationell rekommendation kring handläggning av graviditeter efter graviditetsvecka 41 har baserats på granskning av vetenskapliga data, erfarenhet från olika kliniker och professioner, patienterfarenheter och med beaktande av organisatoriskt perspektiv (Bilaga Kunskapsunderlag).

Gruppens rekommendationer avser friska gravida kvinnor. För graviditeter med medicinska och/eller obstetriska tillstånd såsom till exempel flerbörd, diabetes, hypertoni, äggdonation, känd tillväxthämning och andra tillstånd som kräver särskild handläggning finns andra medicinska riktlinjer och klinisk praxis.

Vid behov av prioritering har beaktats riskfaktorer som bedömts vara betydelsefulla för IUFD. Riskfaktorer som bedömts ha måttlig eller osäker inverkan på risken för IUFD, till exempel rökning, tidigare kejsarsnitt, kommunikationssvårigheter och utbildningsnivå har inte inkluderats i prioritering. Urval av grupper för stöd av prioritering kan förändras om det vetenskapliga underlaget förändras.

Vårdnivå

- Mödrahälsovården bör tillse att alla gravida erbjuds muntlig och skriftlig information om handläggning i graviditetsvecka 41.
- Sjukhusvården (kvinnoklinik) ansvarar för övrig vård vad gäller handläggning i graviditetsvecka 41.
- Lokala eller regionala vårdöverenskommelser kan förekomma.

Kostnadsanalys för vad en implementering av denna riktlinje skulle innebära utifrån en ökad andel induktioner, men en minskning i neonatal vård har gjorts inom ramen för SWEPI- studien, där den bedömdes kostnadsneutral. I en metaanalys [41] beräknades kostnaden till 3 259 kr extra vid induktion vid 41 veckor jämfört med 42 veckor, men spannet inkluderade både en minskad och ökad kostnad från –1 756 kr till +8 274 kr per förlossning.

Kvalitetsuppföljning

Gruppen föreslår att uppföljning utförs genom en översyn av hur implementering av riktlinjen sker nationellt. Dessutom rekommenderar gruppen att man systematiskt följer upp patientperspektivet och graviditets- och förlossningsutfall lokalt och via nationella kvalitetsregister.

Innehållsansvarig

Susanne Hesselman, överläkare, kvinnokliniken Falu lasarett, Region Dalarna.

Nationell Arbetsgrupp för handläggning efter 41 graviditetsveckor

Ordförande: Susanne Hesselman, överläkare, kvinnokliniken Falu lasarett, Region Dalarna.

Liselott Andersson, överläkare, VO obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus, Region Norrbotten.

Sofie Arvidsson, barnmorska, kvinnokliniken Jönköping, Region Jönköpings län.

Anders Flisberg, överläkare, neonatalenheten Sahlgrenska universitetssjukhuset, Region Västra Götaland.

Sofie Graner, överläkare, BB Stockholm, Region Stockholm.

Anna Hagman, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Region Västra Götaland.

Andreas Herbst, överläkare, Skånes universitetssjukhus, Region Skåne.

Eric Hildebrand, överläkare, kvinnokliniken Linköping, Region Östergötland.

Åsa Jansson, mödrahälsovårdsöverläkare, Region Stockholm.

Ylva-Li Lindahl, samordnande barnmorska/vårdutvecklare Mödravårdsenheten, vårdval Primärvård Västmanlands sjukhus, Västerås.

Marie-Charlotte Nilsson, leg. barnmorska och enhetschef, Förlossning, BB, Neosamvård, Lasarettet i Ystad, förbundsstyrelseledamot Vårdförbundet.

Kunskapsunderlag vid framtagande av riktlinje för handläggning av graviditet efter vecka 41

Huvudunderlag för riktlinjen var en nyligen publicerad HTA-rapport från VG-regionen [41].

Denna rapport är en systematisk granskning av evidensen för huruvida induktion i graviditetsvecka 41+0 (–41+2) jämfört med induktion i graviditetsvecka 42+0 (–42+2) medför reduktion av dödföddhet, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet (primärt utfall), utan att öka maternell mortalitet och morbiditet hos friska kvinnor med okomplicerad enkelbörd. Studien jämförde således den policy som fram till 2020 varit dominerande i Sverige vid okomplicerad enkelbördsgraviditet utan särskilda riskfaktorer (induktion i vecka 42+0) med induktion en vecka tidigare. Eftersom denna nyligen publicerade systematiska granskning av evidensen förelåg har vår arbetsgrupp inte gjort om detta arbete, utan använt denna aktuella rapport som huvudsakligt underlag.

Denna systematiska granskning inkluderade tre studier [5–7] som uppfyllde uppställda PICO-kriterier, och vilka härigenom utgör huvudunderlag även för aktuell riktlinje.

Av dessa studier är svenska multicenterstudien av Wennerholm et al [7] den största, och bidrog med 60 % av underlaget för analys av dödföddhet/neonatal mortalitet, och med 54 % till det kombinerade utfallet dödföddhet/neonatal mortalitet + neonatal morbiditet.

Resultat publicerade i HTA-rapporten utifrån dessa studier inkluderade:

- Incidensen av dödföddhet + neonatal dödlighet var 0.04 % respektive 0.35 % i grupperna som inducerades i vecka 41 respektive 42 (Peto Odds ratio 0.20; 95 % CI 0.06 - 0.70).
 - Man konkluderade att induktion i vecka 41 i stället för 42 kan minska intrauterin och neonatal dödlighet, men att storleken på den reduktion som uppnås är osäker (med 95 % sannolikhet en reduktion mellan 30 % och 94 %). GRADE ++.
- Incidensen av mortalitet + neonatal morbiditet var 2.1 % respektive 2.2 % vid induktion i vecka 41 respektive 42 (pooled RR 0.78; 95 % CI 0.40 - 1.52).
 - Man konkluderade att induktion i vecka 41 i stället för 42 kan vara förenlig med måttlig reduktion, måttlig ökning, eller ingen skillnad i detta utfall. GRADE ++.
- Andelen barn som behövde neonatal intensivvård var lägre efter induktion i vecka 41 än vid induktion i vecka 42 (pooled RR 0.79; 95 % CI 0.63 - 0.99).
 - Man konkluderade att induktion i vecka 41 i stället för 42 sannolikt reducerar andelen barn med behov av neonatal intensivvård. Grade +++.
- Andelen kejsarsnitt, instrumentella förlossningar och blödningar postpartum skilde sig inte vid induktion i vecka 41 och 42. Grade ++++.

I kunskapsunderlaget till aktuell riktlinje har även använts en aktuell systematisk granskning från Cochrane-institutet, där man bland annat analyserade nytta av induktion jämfört med expektans i vecka 41 eller senare (17 studier, inkluderande totalt 11 304 patienter) [4].

Även denna meta-analys identifierade en reduktion av risken för perinatal död vid induktion jämfört med expektans (RR 0.26; 95 % CI 0.11-0.64), och en reduktion av neonatal intensivvårdsbehov (RR 0.85; 95 % CI 0.74 , 0.97), medan andelen kejsarsnitt var lägre (RR 0.90; 95 % CI 0.83-0.97).

Vad gäller riskfaktorer har huvudunderlag varit Socialstyrelsens rapport om intrauterin fosterdöd [9].

Ytterligare kunskapsunderlag som använts vid framtagande av aktuell riktlinje inkluderar nedanstående vetenskapliga studier och rapporter, som togs fram utifrån kännedom, eller riktade (inte systematiska) sökningar i PubMed avseende specifika frågeställningar, inklusive risker för intrauterin fosterdöd för olika potentiella riskgrupper i fullgången och överburen graviditet.

Inför framtagandet av aktuell riktlinje togs också fram befintliga riktlinjer, policies och patient-informationsblad från sjukhus och regioner i Sverige. Vi tog också fram och granskade aktuell statistik från Graviditetsregistret bland annat avseende andel induktioner i graviditetsvecka 41 i olika delar av Sverige, samt perinatale utfall för olika subgrupper.

Referenser

1. Ingemarsson I, Källen K. Stillbirths and rate of neonatal deaths in 76,761 postterm pregnancies in Sweden, 1982-1991: a register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997 Aug;76(7):658-62.
2. [Nakling J, Bjørn B](#). Pregnancy risk increases from 41 weeks of gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(6):663-8.
3. Muglu J, Rather H, Arroyo-Manzano D, Bhattacharya S, Balchin I, Khalil A, Thilaganathan B, Khan KS, Zamora J, Thangaratinam S. [Risks of stillbirth and neonatal death with advancing gestation at term: A systematic review and meta-analysis of cohort studies of 15 million pregnancies](#). *PLoS Med*. 2019 Jul 2;16(7):e1002838.
4. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 9;5(5):CD004945.
5. 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.
6. Keulen JK, Bruinsma A, Kortekaas JC, van Dillen J, Bossuyt PM, Oudijk MA et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ*. 2019 Feb 20;364:l344.
7. Wennerholm UB, 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;367:l6131.
8. Alkmark M, Keulen JK, 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 8;17(12):e1003436.
9. Socialstyrelsen: [Dödfödda barn En inventering och förslag på åtgärder \(pdf\)](#)[Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
10. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. [Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study](#). *BMJ*. 2013 Jan 24;346.
11. Neilson JP. [Symphysis-fundal height measurement in pregnancy](#). *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;1998(2):CD000944.
12. Lindqvist PG, Pettersson K, Morén A, Kublickas M, Nordström L. Routine ultrasound examination at 41 weeks of gestation and risk of post-term severe adverse fetal outcome: a retrospective evaluation of two units, within the same hospital, with different guidelines. *BJOG*. 2014 Aug;121(9):1108-15.
13. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol*. 2004 Oct;104(4):727-33.
14. Waldenström U, Cnattingius S, Norman M, Schytt E. Advanced Maternal Age and Stillbirth Risk in Nulliparous and Parous Women. *Obstet Gynecol*. 2015 Aug;126(2):355-62.
15. Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *Am J Obstetrics Gynecol*. 2006 Sep;195:764-70.

16. Lean SC, Derricot H, Jones RL, Heazell AEP (2017) Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2017 Oct 17;12(10):e0186287.
17. Flenady V et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011 Apr 16;377(9774):1331-40.
18. Wie JH, Pak SE, Kim RY, Chung YH, Park IY, Park YG et al. [Gestational age-specific risk of stillbirth during term pregnancy according to maternal age](#). Arch Gynecol Obstet. 2019 Mar;299(3):681-8.
19. Woolner AM, Bhattacharya S. [Obesity and stillbirth](#). Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Apr;29(3):415-26.
20. Lindam A, Johansson S, Stephansson O, Wikström AK, Cnattingius S. High Maternal Body Mass Index in Early Pregnancy and Risks of Stillbirth and Infant Mortality-A Population-Based Sibling Study in Sweden. Am J Epidemiol. 2016 Jul 15;184(2):98-105.
21. Åmark H, Westgren M, Persson M. Prediction of stillbirth in women with overweight or obesity—A register-based cohort study. PLoS One. 2018 Nov 19;13(11): e0206940.
22. Hildén K, Hanson U, Persson M, Magnuson A, Simmons D, Fadl H. [Gestational diabetes and adiposity are independent risk factors for perinatal outcomes: a population based cohort study in Sweden](#). Diabet Med. 2019 Feb;36(2):151-7.
23. MacDorman MF, Gregory EC. [Fetal and Perinatal Mortality: United States, 2013](#). Natl Vital Stat Rep. 2015 Jul 23;64(8):1-24.
24. Willinger M, Ko CW, Reddy UM. [Racial disparities in stillbirth risk across gestation in the United States](#). Am J Obstet Gynecol. 2009 Nov;201(5):469.e1-8.
25. Bjørnholt SM, Leite M, Albieri V, Kjaer SK, Jensen A. [Maternal smoking during pregnancy and risk of stillbirth: results from a nationwide Danish register-based cohort study](#). Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Nov;95(11):1305-12.
26. Pineles BL, Hsu S, Park E, Samet JM. [Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy](#). Am J Epidemiol. 2016 Jul 15;184(2):87-97.
27. Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. [Influence of snuff and smoking habits in early pregnancy on risks for stillbirth and early neonatal mortality](#). Nicotine Tob Res. 2014 Jan;16(1):78-83.
28. Wisborg K, Ingerslev HJ, Henriksen TB. IVF and stillbirth: a prospective follow-up study. Hum Reprod. 2010 May; 25:1312.
29. Henningsen A, Wennerholm UB, Gissler M, et al. Risk of stillbirth and infant deaths after ART: a nordic study from the CoNARTaS group. Hum Reprod. 2014 May; 29(5): 1090-6.
30. Bay B, Boie S, Kesmodel US. Risk of stillbirth in low-risk singleton term pregnancies following fertility treatment: a national cohort study. BJOG. 2019 Jan;126(2):253-60.
31. Finnström O, Nygren KG, Olausson PO. Neonatal and maternal risks with IVF are small and decreasing. Lakartidningen. 2011 Sep 14-20;108(37):1760-3.
32. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. [Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy](#). Lancet. 2003 Nov 29;362(9398):1779-84.
33. Osborne C, Ecker JL, Gauvreau K, Lieberman E. [First birth cesarean and risk of antepartum fetal death in a subsequent pregnancy](#). J Midwifery Womens Health. 2012 Jan-Feb;57(1):12-7.
34. Bjellmo S, Andersen GL, Hjelle S, Klungsoyr K, Krebs L, Lydersen S, Romundstad PR, Vik T. [Does caesarean delivery in the first pregnancy increase the risk for adverse outcome in the second? A registry-based cohort study on first and second singleton births in Norway](#). BMJ Open. 2020 Aug 23;10(8):e037717.

35. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res.* 1999 Nov;47(5):471-82.
36. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women Birth.* 2017 Dec;30(6):450-9.
37. Lou S, Hvidman L, Ulbjerg N, Neumann L, Jensen TF, Haben JG, Carstensen K. [Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies.](#) *Birth.* 2019 Sep;46(3):400-10.
38. Wessberg A, Lundgren I, Elden H. Being in limbo: Women's lived experiences of pregnancy at 41 weeks of gestation and beyond – A phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Jun 2;17(1):162.
39. Heimstad R, Romundstad PR, Hyett J, Mattsson LA, Salvesen KA. [Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy.](#) *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(8):950-6.
40. Nilvér H, Wessberg A, Dencker A, Hagberg H, Wennerholm UB, Fadl H et al. Women's childbirth experiences in the Swedish Post-term Induction Study (SWEPIS): a multicentre, randomised, controlled trial. *BMJ Open.* 2021 Apr 7;11(4):e042340.
41. Alkmark M, Berglin L, Dencker A, Elden H, Gejervall AL, Hagberg H et al. [Induction of labour at 41 or 42 weeks of gestation \(pdf\).](#) HTA report 2020:111 [Internet].

Övriga publikationer

Alkmark M. Management of late term pregnancy [Internet]. Göteborg; 2021. Hämtad från: [gupea 2077 67129 1.pdf](#)

Adler K, Rahkonen L, Kruit H. [Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study.](#) *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Jul 21;20(1):415.

Falk M, Nelson M, Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population-based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 Dec 11;19(1):494.

Källén B, Finnström O, Nygren KG, et al. IVF in Sweden: obstetric characteristics, maternal morbidity and mortality. *BJOG.* 2005 Nov;112(11):1529-35.

Källén B, Finnström O, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Otterblad Olausson P. Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. *Hum reprod.* 2010 Apr;25(4):1026-34.

Lidegaard Ø, Krebs L, Petersen OBB, Damm NP, Tabor A. Are the Danish stillbirth rates still record low? A nationwide ecological study. *BMJ Open.* 2020 Dec 18;10:e040716.

Lindgren L, Stuart A, Herbst A, Källén K. Improved neonatal outcome after active management of prolonged pregnancies beyond 41⁺² weeks in nulliparous, but not among multiparous women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Dec;96(12):1467-74.

NICE. NICE recommends inducing pregnant women one week earlier. *BMJ.* 2021;373:n1358.

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 16;9(12):e032815.

Rydahl E, Eriksen L, Julh M. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019 Febr;17(2):170-208.

Schieve LA, Ferre C, Peterson HB, Macaluso M, Reynolds MA, Wright VC. Perinatal outcome among singleton infants conceived through assisted reproductive technology in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004 Jun; 103(6):1144-53.

Townsend R, Sileo FG, Allotey J, Dodds J, Heazell A, Jorgensen L et al. [Prediction of stillbirth: an umbrella review of evaluation of prognostic variables](#). *BJOG*. 2021 Jan;128(2):238-50.

Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88:6-17.

Zizzo AR, Kirkegaard I, Pinborg A, Ulbjerg N. Decline in stillbirths and perinatal mortality after implementation of a more aggressive induction policy in post-date pregnancies: a nationwide register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Jul;96(7):862-7.

Bilaga Konsekvensbeskrivning

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd Riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41.

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Läs- och skrivanvisning

- Detta dokument ska beskriva de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av ett nytt kunskapsstöd. Beskrivningen ska bygga på en jämförelse med det nya kunskapsstödet i relation till nuvarande praxis.
- Konsekvensbeskrivningen är en central del i underlaget för beslut om nytt kunskapsstöd och ska redovisas separat, det vill säga skilt från dokumentet som beskriver det aktuella kunskapsstödet.
- Konsekvensbeskrivningen ska innehålla alla delar i den rekommenderade strukturen enligt detta dokument.
- Om kunskapsstödet inte förväntas få några konsekvenser för till exempel verksamhet, organisation, patienter eller ekonomi så behöver det bara kortfattat beskrivas under respektive rubrik. Om information saknas ska det kort noteras och motiveras under respektive rubrik.
- Konsekvensbeskrivningen berör inte IT-stöd. Dessa regleras i huvudsak på regionnivå och inom Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK). Konsekvenser kopplade till IT kan dock läggas till under 'Övriga konsekvenser'.

Innehållsförteckning konsekvensbeskrivning

Sammanfattning	3
1. Om konsekvensbeskrivningen	3
2 Konsekvenser	3
2.1 Omfattning	3
2.2 Nyttan eller risker för individen	3
2.3 Etiska aspekter	4
2.4 Verksamhet och organisation	4
2.5 Kostnader	4
2.6 Kompetensförsörjning.....	5
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd.....	5
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	5
2.9 Uppföljning.....	5
2.10 Övriga konsekvenser	5

Sammanfattning

Arbetsgruppen har tagit fram ett förslag till nationell rekommendation kring handläggning i graviditetsvecka 41 baserad på granskning av vetenskapliga data, erfarenhet från olika kliniker och professioner, patienterfarenheter och med beaktande av organisatoriskt perspektiv.

I början av graviditetsvecka 41 rekommenderas igångsättning av förlossning direkt eller undersökning med individuell planering i samråd med kvinnan för igångsättning under graviditetsvecka 41. Vid behov av prioritering av vård- och förlossningsplatser beaktas faktorer som har kopplats till en ökad risk för intrauterin fosterdöd vid fullgången graviditet. Samtliga gravida rekommenderas att vara i värkarbete, eller ha fött sitt barn innan graviditetsvecka 42.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivning framtagen av Nationell Arbetsgrupp för handläggning efter 41 graviditetsveckor utifrån arbetsmaterial som tagits fram under våren och hösten 2020. Komplettering av konsekvensbeskrivning har skett 2021 efter remissvar som inkommit av förslag av rekommendation.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Ungefär 25 000 graviditeter per år i Sverige når 41 veckor och kan innefattas av en förändrad handläggning beträffande övervakning och/eller igångsättning under denna graviditetsvecka. En ökad andel kontroller och ställningstagande för igångsättning av förlossning har skett och kommer att ske på landets förlossningsavdelningar och specialistmödravårdsenheter. Igångsättning av förlossning innebär längre tid för sjukhusvård för den oförlösta kvinnan och innebär ett högre vårdplatsbehov pga. längre vårdtid innan etablerat förlossningsarbete.

2.2. Nyttan eller risker för individen

Tre randomiserade kontrollerade studier har specifikt jämfört igångsättning vid 41 fullgångna graviditetsveckor med exspektans och igångsättning vid 42 fullgångna graviditetsveckor. En metaanalys av de tre studierna har visat att perinatal död och behov av neonatala vård sannolikt kan minskas genom igångsättning i början av graviditetsvecka 41 jämfört med exspektans, och påverkar inte andel kvinnor som blir förlösta med kejsarsnitt. I en svensk studie skattades förlossningsupplevelse lika av kvinnor som randomiserats till igångsättning i graviditetsvecka 41 jämfört med exspektans till graviditetsvecka 42. Igångsättning av förlossning i graviditetsvecka 41 innebär längre tid för sjukhusvård för den oförlösta kvinnan, vilket skulle kunna innebära undanträngningseffekter av andra patientgrupper. Antal fall av perinatal död som skulle kunna undvikas i Sverige per år med rutinmässig induktion vid 41 graviditetsveckor jämfört med exspektans till 42 veckor är osäkert. Baserat utifrån estimat givna av ovanstående studier kan det beräknas till

ca 60 fall per år, men med en stor spridning från 10 till 113 fall. Svår perinatal sjuklighet och/eller inläggning på neonatal avdelning skulle kunna minskas.

Vid behov av prioritering beaktas faktorer som har kopplats till en ökad risk för intrauterin fosterdöd. Urval av dessa faktorer har baserats på observationsstudier och nationella genomgångar, och är inte baserat på randomiserade studier vilket begränsar den vetenskapliga evidensen. Urval av grupper för stöd av prioritering kan förändras över tid om det vetenskapliga underlaget förändras.

Den gravida kvinnan bör erbjudas muntlig och skriftlig information om underlag för handläggning i graviditetsvecka 41. Beslut kring igångsättning eller exspektans sker i samråd med kvinnan med hänsyn till kvinnans autonomi.

2.3. Etiska aspekter

Nationell rekommendation syftar till att vård som erbjuds på förlossningskliniker i landet blir mer enhetlig och likvärdig. Samtliga gravida bör erhålla muntlig och skriftlig information om handläggning och induktion under graviditetsvecka 41. Vid behov av prioritering sker det utifrån medicinska aspekter, och faktorer som har kopplats till en ökad risk för intrauterin fosterdöd beaktas.

2.4. Verksamhet och organisation

Mödrahälsovården tillgodoser att alla gravida erbjuds muntlig och skriftlig information om handläggning i graviditetsvecka 41. Underlag för patientinformation är framtaget av arbetsgruppen, men kan behöva anpassas och utarbetas lokalt.

Sjukhusvården (kvinnosjukvård) ansvarar för övrig vård vad gäller handläggning i graviditetsvecka 41 och avseende ställningstagande och igångsättning. Längre vårdtid innan etablerat förlossningsarbete samt ökad andel kontroller kan innebära ökade behov av lokaler och personal inom förlossningsvården. Rekommendationen kan innebära minskat behov av neonatal vård.

2.5. Kostnader

Kostnadsanalys för vad en implementering av denna riktlinje skulle innebära utifrån en ökad andel induktioner men en minskning i neonatal vård är inte specifikt sammanställd på nationell nivå. I en metaanalys beräknades kostnaden till 3 259 kr extra per inducerad förlossning vid induktion vid 41 veckor jämfört med 42 veckor men spannet inkluderade både en minskad och ökad kostnad från - 1 756 kr till +8 274 kr/förlossning. Hälsoekonomisk analys av SWEPIS studien visade att induktion är kostnadsneutralt jämfört med exspektans. Den totala kostnaden (kostnad för öppenvård, förlossningsvård och neonatalvård) skilde sig inte signifikant mellan grupperna. I gruppen som sattes i gång vid 41 fulla veckor var hälsovinsten större. Kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (ett år i full hälsa) om man sätter i gång förlossningen vid 41 veckor var 6 170 kr.

Ytterligare kostnad för läkarbesök och/eller eventuellt tillväxtultraljud av foster tillkommer om verksamheten väljer att kontrollera den gravida i graviditetsvecka 41 för att prioritera induktioner. För denna strategi finns ingen beräknad hälsovinst.

2.6. Kompetensförsörjning

Utbildning och information om igångsättning ombesörjs av respektive verksamhet.

Rekommendationen innebär ingen ny teknik eller ny omvårdnad avseende själva igångsättningen av förlossningen.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Gruppen gör bedömningen att detta inte är relevant eller känt.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vård sker i överensstämmelse med Patientlagen med information, samtycke och delaktighet i beslut av den gravida kvinnan.

2.9. Uppföljning

Gruppen föreslår att uppföljning utförs genom en översyn av hur implementering av riktlinjen sker nationellt. Dessutom rekommenderar gruppen att man systematiskt följer upp patientperspektivet och graviditets- och förlossningsutfall lokalt och via nationella kvalitetsregister. Hälso- och sjukvårdens journalsystem bör möjliggöra överföring till nationella kvalitetsregister för uppföljning inom och mellan regioner av induktionsfrekvens, mödra- och perinatale utfall i graviditetsvecka 41. Patientrapporterade utfalls- och upplevelsemått kan för den egna enheten följas med Graviditetsenkäten. Information överförs elektroniskt och standardiserade journaler samt diagnoskoder används.

2.10. Övriga konsekvenser

Gruppen gör bedömningen att detta inte är relevant eller känt.