

## Induksjon av fødsel. Føde/Barsel SSHF

Side 1 av 5

Dokument ID:  
**I.4.8.1.1-7**Godkjent dato:  
**31.03.2023**Gyldig til:  
**31.03.2026**Revisjon:  
**26.03**

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Svangerskap SSHF

**HENSIKT**

Igangsetting av fødsel, hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner mot vaginal fødsel.

**MÅLGRUPPE**

Prosedyren gjelder for igangsettelse av fødsel ved svangerskapslengde  $\geq 24+0$  uker ved levende fostre samt senabort og intrauterin fosterdød.

**ANSVAR**

Gynekolog og jordmor

**FREM GANGSMÅTE**

Medisinsk indikasjon tilstrebes ved alle induksjoner.

Dokumenteres i Partus ved å fylle ut skjembildet for fødselsinduksjon.

Kvinnen skal informeres om indikasjon, fremgangsmåte, tidsaspekter og mulige komplikasjoner.

**Induksjon ved senabort/intrauterin fosterdød; se nederst**

**Indikasjoner**

- Se øvrige prosedyrer
- Stort barn er i utgangspunktet ikke en indikasjon for induksjon ([Skulderdystoci ved fødsel SSHF](#)).
- Det anbefales at kvinner på kontroll etter termin får utført hineløsning

**Kontraindikasjoner til igangsetting av fødsel**

- Alvorlig preeklampsi eller annen medisinsk tilstand hos mor eller foster der forløsning innen ønsket tid ikke kan forventes.
- Tegn på føtal distress ved CTG-registrering eller doppler hvor man har grunn til å tro at fosteret ikke har tilstrekkelige ressurser til å tåle vaginal forløsning.
- Annen maternell eller føtal kontraindikasjon for vaginal forløsning.
- Registrerte prostaglandiner som Augusta® og Propess® er kontraindisert ved tidligere keisersnitt eller kirurgi på uterus.

**Forberedelse**

- Vekstestimering innen 2 uker før induksjon vurderes avhengig av indikasjon.
- Ultralydmessig kontroll av leie hvis usikkerhet ved palpasjon og eksplorasjon.
- Alle induserte bør ha venflon. Tidspunkt vurderes ut fra induksjonsmetode, paritet og kontraksjoner.
- Det bør foreligge en normal CTG i forkant.
- Induksjonsmetode vurderes av gynekolog. Etter avtale med vakthavende lege kan jordmor vurdere videre induksjon påfølgende dag(er).

**Gjennomføring**

Etter vurdering (se anbefaling) kan kvinner som har lav risiko (både føtalt og maternelt) **induseres hjemme** med ballong 1 døgn eller per oral misoprostol i inntil 2 døgn, ved behov kan begge metoder brukes etter hverandre i valgfri rekkefølge.

**Kan reise hjem:**

- $\geq 37$  svangerskapsuker, hodeleie, enlingesvangerskap

Utarbeidet av:

**Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF**

Fagansvarlig:

**Seksjonsoverlege Føde/Barsel  
SSK, Janne Rossen**

Godkjent av:

**Mikkel Høiberg**

		<b>Induksjon av fødsel. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: I.4.8.1.1-7	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.03.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 26.03

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Svangerskap SSHF

- Reisevei til sykehus < 1 time
- Normal ultralyd i løpet av siste 14 dager inkludert biometri ( $\geq -15\%$ ) og fostervann (dypeste lomme) > 2 cm
- Tilgang til partner eller kontaktperson hjemme for transport til sykehus
- Vannavgang

Eksempler: Overtid, eget ønske/tidligere anamnese, stabil hypertensjon, lett preeklampsi (som kan følges poliklinisk).

#### Innlegges (anbefalt):

- Tidligere sectio/annen operasjon på uterus
- Pregravid BMI  $\geq 40$
- Føtal sykdom som kan påvirkes av induksjonsprosessen
- Grand multipara ( $P \geq 4$ )
- Kognitive barrierer eller språkvansker
- Insulinkrevende svangerskapsdiabetes, alvorlig preeklampsi eller øvrige maternelle sykdommer hos mor som kan påvirkes av induksjonsprosessen
- Kontraindikasjon mot induksjon med misoprostol (moden cervix og/eller obstetrisk historikk)

Kombinerte risikofaktorer, individuelt vurdert

#### CTG- registrering:

- Ny CTG- registrering/ STAN ved endring i forløpet som **begynnende rieaktivitet** eller vannavgang.
- Fosteret overvåkes med CTG hver 4-6 time når kvinner får prostaglandiner.

**Det er ikke påvist hvilken rekkefølge av induksjonsmetodene som er best. Ulik praksis aksepteres.**

Det foreslås å bruke en høyere poengsum som grense for "moden livmorhals" hos førstegangs fødende, enn hos flegangs fødende ved bruk av Bishop's Score.

Se evt Veileder i fødselshjelp for *Induksjonsprotokoll for Robson 2,4 og 5* : [Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/induksjon/igangsettelse-av-fodsels-modning-av-cervix/livmorhalsen-for-fodsels-legeforeningen.no)

### 1. Veiledende Bishop score <8 hos nullipara / Bishop score < 6 hos multipara

#### a) Induksjon med ballongkateter i cervix (Foleykateter 22 Ch (silikonkateter ved allergi) eller Cook)

##### Indikasjoner:

- Bør være førstevalg ved tidligere sectio/operasjon i uterus.
- Kan også vurderes ved vannavgang. Ballongen bør da settes inn etter ett døgn, og fjernes etter 12-24 timer (se egen prosedyre for [vannavgang](#)).
- Kan også vurderes ved GBS-bærerskap, da det ikke foreligger nok vitenskapelig grunnlag til å si at ballong øker risiko for GBS-sykt barn.

##### Fremgangsmåte:

- Kateteret føres gjennom cervix forbi indre mormunn digitalt i seng eller ved hjelp av selvholdende spekel og korntang. Ikke grip cervix med kuletang pga risiko for rift og blødning.
- Fyll ballongen med 80 ml NaCl. Dersom ballongen ligger i cervix, vil kvinnen ofte få smerter umiddelbart. Trekk da ut noe av væsken og skyv kateteret lengre inn.
- Trekk forsiktig i kateteret for å være sikker på at ballongen ligger på plass, og ikke i cervixkanalen.
- Transvaginal ultralyd kan bekrefte riktig plassering.
- Kateteret tapes **uten strekk** til kvinnens lår.
- Kateteret kan ligge 12- 36 timer, etter gynekologs vurdering
  - Dersom ballongen faller ut, tilstrebes amniotomi. På natten vurderer ansvarlig jordmor om hun først møter neste morgen.

		<b>Induksjon av fødsel. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: I.4.8.1.1-7	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.03.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 26.03

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Svangerskap SSHF

**Fjerning av ballongkateter:** Kateteret kan med fordel fjernes med full ballong. Alternativt dersom for smertefullt fjernes suksessivt ved at man tapper 10ml NaCl om gangen og utøver et lett drag i ballongen mellom hver tømming.

## b) Induksjon med prostaglandiner

**Fødsel skal som hovedregel være etablert innen 3 døgn etter oppstart av prostaglandiner.** Avvik fra dette dokumenteres av lege. Hviledag kan vurderes.

### **Komplikasjoner/forsiktighetsregler:**

Prostaglandin gitt ved moden cervix er forbundet med økt risiko for hyperstimulering. Brukes med forsiktighet ved tidligere keisersnitt eller inngrep på uterus. Særlig oppmerksomhet ved bruk av prostaglandiner og deretter oxytocin stimulering, da det øker risiko for uterusruptur. Derfor skal fosteret overvåkes hyppig ved start av kontraksjoner.

### Misoprostol 25 µg tabletter:

- **inntil x 8 i døgnet ved po adm**  
Dvs. foreslått maks totaldose: 16 stk à 25 µg
- **inntil x 4-6 i døgnet ved vaginal adm**  
Dvs. foreslått maks totaldose: 12 stk à 25 µg
- **inntil x 6 i døgnet ved kombinert vaginal og po adm**  
Dvs. foreslått maks totaldose: 12 stk à 25 µg (hvis kombinert vaginalt/pr. os begge dager)

Eksempel: Dersom kvinnen får en kombinasjon av vaginal miso og miso pr. os 1. døgn (maks 6 stk), kan hun likevel få 8 miso pr. os. på døgn 2 (hvilket er foreslått maks totaldose pr. døgn ved per oral adm.) Foreslått maks totaldose blir da 14 stk. à 25 µg.

- Ved manglende respons og umoden cervix hos førstegangsfødende økes dosen til 50 µg vaginalt hver 6.time etter to doser.
- Adm fortrinnsvis på dagtid. Ved induksjon på mors indikasjon vurder å fortsette induksjon på kveld/natt.
- Dersom vaginal adm bør kvinnen må ligge 1 time etter misoprostol-applikasjon.
- Etter at misoprostol er gitt bør det oftest gå minst 2-4 timer før oxytocindrypp startes pga fare for overstimulering.
- **Hjemmeinduksjon med per oral misoprostol (nytt april 2023):**  
Etter normal CTG og vurdering av Bishop kan kvinnen få 1. tablett misoprostol po på sykehus og reise hjem etter 1 time. Send med 7 tabletter misoprostol 25 µg og [«Informasjonsskriv til kvinner som induseres med misoprostol hjemme»](#). Jordmor avtaler tidspunkt hun kommer tilbake (SSK: obs post) etter 1 døgn, der hun får nye 8 tabletter av jordmor (dokumenteres i partus). Etter 2 døgn legges ballongkateter dersom kvinnen ikke er gått i fødsel. Etter vurdering av lege kan kvinnen da reise hjem igjen.

### **Ved overstimulering som gir ristorm eller påvirket CTG:**

- Dersom det er gitt vagitorie forsøkes denne fjernet fra bakre fornix så raskt som mulig, men virkestoffet er som regel absorbert selv om kapselen ligger der.
- Bolusdose Atosiban (Tractocile®) 7,5 mg/ml: 6,75mg = 0,9 ml settes sakte 1-2 min. i.v. som tokolyticum.

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Induksjon av fødsel. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 4</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: I.4.8.1.1-7	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.03.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 26.03

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Svangerskap SSHF

### Minprostin endocervikalgel (prostaglandin E2/PGE2- dinoproston) 1 mg (SSA)

- Ved tidligere sectio eller annen operasjon i uterus
- *Dosering:* 1 mg. Samme dose hos førstegangs- og flergangsfødende.
- Kan gjentas etter 6 timer. Maks dose 3 mg/døgn.
- Kvinnen må ligge 1 time etter applikasjon.

## 2. Veiledende Bishop score $\geq$ 8 hos nullipara / Bishop score $\geq$ 6 hos multipara

- Amniotomi: Som hovedregel fire timer etter siste prostaglandinbehandling, men kan vurderes individuelt av gynekolog etter 1-6 timer.
- Oxytocindrypp etter prosedyre, som hovedregel fire timer etter amniotomi, men vurderes individuelt av gynekolog etter 1-6 timer.
- Partogrammet startes når man starter oxytocindrypp, men vaginalfunn legges ikke inn før kvinnen er i aktiv fødsel, det vil si avflatet cervix, 4 cm åpning og regelmessige rier.

## Induksjon av fødsel ved senabort/intrauterin fosterdød

### Før uke 24:

200mg mifepriston (Mifegyn®) per os.

Etter 36-48 timer (foretrukket) gis 800 µg misoprostol (4 tbl Cytotec® a 200 µg) vaginalt. Videre 400 µg hver 3 time (inntil x5 i døgnet) til hun får rier (vaginalt eller po).

Amniotomi utføres når det ligger til rette for det. Oxytocindrypp kan ofte gis i høyere doser.

1 tablett Oxycontin® 10 mg kan gis samtidig som første dose misoprostol. Videre kan man vurdere 1 kapsel OxyNorm® 10mg hver 4 time så lenge kvinnen har smerter. Øvrig lav terskel for epidural.

### Uke 24-26:

200 mg *mifepriston* (Mifegyn®, Mifepristone®) per os. 36-48 timer senere: 100 µg *misoprostol* vaginalt. Om kvinnen ikke får rier gis det etter tre timer 100 µg misoprostol peroralt eller sublinguallt og hver tredje time videre, maksimalt fire doser. Dersom kvinnen fremdeles ikke får rier må det vurderes om forholdene ligger til rette for amniotomi og stimulering med oxytocin, vurderes raskere ved tidligere sectio. Oxytocin gis vanligvis i dobbel styrke. Amniotomi vurderes individuelt - tilbakeholdenhet ved umoden livmorhals og forventet lang igangsettingstid.

### Uke 27-30:

200 mg *mifepriston* (Mifegyn®, Mifepristone®) per os. 36-48 timer senere: Vurdere modenhetsgraden av livmorhals. 25 µg *misoprostol* vaginalt hver 6. time eller 25 µg *misoprostol* per oralt hver 2. time. Etter to doser kan man doble dosen dersom ingen rier. Vurdering etter seks doser dersom ingen effekt. Kan vurdere vanlig igangsettingsprosedyre med ballongkateter, misoprostol (25 µg kapsler hver 6. time), eller amniotomi.

Smertelindring: som over

Ved tidligere sectio foretrekkes ballong og Minprostin® (SSA). Misoprostol bør unngås, men 50-100 µg misoprostol (inntil x5 i døgnet) kan gis.

### Over uke 30:

Se øvrig induksjonsprosedyre, men individuell håndtering kan vurderes.

