

Ett symposium om "stort barn": Från misstanke till förlossning. Vilken är den optimala handläggningen och för vem gör vi nytta?

Karin Hildén

Michaela Granfors

Malin Thorsell

Sophia Brismar Wendel

Misstänkt stora barn – hur bra är våra skattningar?

Michaela Granfors, PhD

Centrum för Fostermedicin, Karolinska Universitetssjukhuset
Ordförande i Ultra-ARG (obstetriskt ultraljud)
Ordförande för styrgruppen i Graviditetsregistret



Viktskattning – två delar



1) "Vågen" – skatta vikten i gram

Sverige: Persson Weldner (1986)

- BPD, MAD, femur

Internationellt: många olika, Hadlock 4 (1985)

- oftast HC, AC, femur

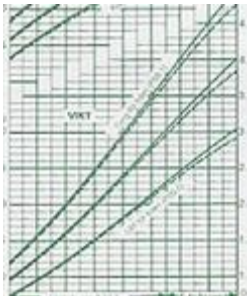
Viktskattning – två delar



1) "Vågen" – skatta vikten i gram

Sverige: Persson Weldner (1986)

Internationellt: många olika, Hadlock 4 (1985)



2) Jämföra – hur tung är fostret i relation till referenspopulationen?

Sverige: Maršál (1996) (Lindström (2021))

Internationellt: olika. WHO, Intergrowth, mm

LGA=large for gestational age (stor för tiden)

Viktavvikelse $\geq + 2$ SD (ca ≥ 22 %; > 97.5 :e percentilen)

- den svenska definitionen

Viktavvikelse > 90 :e percentilen (ca $\geq +15$ %)

- definitionen som oftast används internationellt

LGA=large for gestational age (stor för tiden)

Viktavvikelse $\geq + 2$ SD (ca ≥ 22 %; > 97.5 :e percentilen)

- den svenska definitionen: **används i dagens presentation**

Viktavvikelse > 90 .e percentilen (ca $\geq +15$ %)

- definitionen som oftast används internationellt

Exempel från mottagningen: fostervikt?

- Följande bilder från Linda Lindström, Uppsala



Exempel från mottagningen: fostervikt?

28+5 GDM

BPD 75.5 mm

HC 280.0 mm

AD 85.7 mm

AC 280.5 mm

FL 59.1 mm

P&W = 1580 g

HL4 = 1761 g

= 10% skillnad

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Exempel från mottagningen: fostervikt?

28+5 GDM

BPD 75.5 mm

HC 280.0 mm

AD 85.7 mm

AC 280.5 mm

FL 59.1 mm

P&W = 1580 g

HL4 = 1761 g

= 10% skillnad

38+3 tidigare LGA-barn

BPD 99.9 mm

HC 367.9 mm

AD 122.3 mm

AC 387.4 mm

FL 68.9 mm

P&W = 4079 g

HL4 = 4388 g

= 7% skillnad

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Exempel från mottagningen: fostervikt?

28+5 GDM

BPD 75.5 mm

HC 280.0 mm

AD 85.7 mm

AC 280.5 mm

FL 59.1 mm

P&W = 1580 g

HL4 = 1761 g

= 10% skillnad

38+3 tidigare LGA-barn

BPD 99.9 mm

HC 367.9 mm

AD 122.3 mm

AC 387.4 mm

FL 68.9 mm

P&W = 4079 g

HL4 = 4388 g

= 7% skillnad

29+3 GDM

BPD 80.8 mm

HC 283.6 mm

AD 93.5 mm

AC 292.5 mm

FL 55.5 mm

P&W = 1916 g

HL4 = 1839 g

= 5% skillnad

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Exempel från mottagningen: foster = LGA?

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Referens: Maršál

Exempel från mottagningen: foster = LGA?

28+5 GDM

BPD 75.5 mm

HC 280.0 mm

AD 85.7 mm

AC 280.5 mm

FL 59.1 mm

P&W = 1580 g

P&W=AGA (+1,2 SD)

HL4 = 1761 g

HL4 = LGA (+2,3 SD)

= 10% skillnad

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Referens: Maršál

Exempel från mottagningen: foster = LGA?

28+5 GDM

BPD 75.5 mm

HC 280.0 mm

AD 85.7 mm

AC 280.5 mm

FL 59.1 mm

P&W = 1580 g

P&W=AGA (+1,2 SD)

HL4 = 1761 g

HL4 = LGA (+2,3 SD)

= 10% skillnad

38+3 tidigare LGA-barn

BPD 99.9 mm

HC 367.9 mm

AD 122.3 mm

AC 387.4 mm

FL 68.9 mm

P&W = 4079 g

P&W=LGA (+2,0 SD)

HL4 = 4388 g

HL4 = LGA (+2,8 SD)

= 7% skillnad

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Referens: Maršál

Exempel från mottagningen: foster = LGA?

28+5 GDM

BPD 75.5 mm
HC 280.0 mm
AD 85.7 mm
AC 280.5 mm
FL 59.1 mm

P&W = 1580 g

P&W=AGA (+1,2 SD)

HL4 = 1761 g

HL4 = LGA (+2,3 SD)

= 10% skillnad

38+3 tidigare LGA-barn

BPD 99.9 mm
HC 367.9 mm
AD 122.3 mm
AC 387.4 mm
FL 68.9 mm

P&W = 4079 g

P&W=LGA (+2,0 SD)

HL4 = 4388 g

HL4 = LGA (+2,8 SD)

= 7% skillnad

29+3 GDM

BPD 80.8 mm
HC 283.6 mm
AD 93.5 mm
AC 292.5 mm
FL 55.5 mm

P&W = 1916 g

P&W=LGA (+2,3 SD)

HL4 = 1839 g

HL4 = AGA (+1,8 SD)

= 5% skillnad

P&W = Persson Weldner

HL4 = Hadlock 4

Referens: Maršál



Duger "vår" formel fortfarande?



Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2} | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4}



- Förlossning $\geq 22+0$ veckor, singel, levande född, i Graviditetsregistret 2014-2021
- Skattad fostervikt inom 2 dygn innan förlossningen, registrerad födelsevikt
- 31 521 foster / barn
 1. Hur exakt viktskattar vi (Persson Weldner)?
 2. Jämförelse Persson Weldner med andra formler (BPD, MAD, femur)

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Resultat – 1) Hur exakt viktskattar vi (Persson Weldner)?

- I genomsnitt underskattades födelsevikten med 2,7%
- % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten
- % av viktskattningarna låg inom $\pm 20\%$ från födelsevikten

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Resultat – 1) Hur exakt viktskattar vi (Persson Weldner)?

- I genomsnitt underskattades födelsevikten med 2,7%
- 76 % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten
- 98 % av viktskattningarna låg inom $\pm 20\%$ från födelsevikten

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Resultat – 1) Hur exakt viktskattar vi (Persson Weldner)?

- I genomsnitt underskattades födelsevikten med 2,7%
- 76 % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten
- 98 % av viktskattningarna låg inom $\pm 20\%$ från födelsevikten

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Resultat – 1) Hur exakt viktskattar vi (Persson Weldner)?

- Skillnad precision mellan de som skattas SGA (< 3.e perc) resp LGA (> 97.e perc)!
- Skattad SGA
 - Födelsevikten underskattas i medel med 5,4%
 - 67 % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten
- Skattad LGA
 - Födelsevikten överskattas i medel med 1,6%
 - 79 % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Resultat – 1) Hur exakt viktskattar vi (Persson Weldner)?

- Skillnad precision mellan de som skattas SGA (< 3.e perc) resp LGA (> 97.e perc)!
- Skattad SGA – sämre skattning
 - Födelsevikten underskattas i medel med 5,4%
 - 67 % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten
- Skattad LGA – bättre skattning
 - Födelsevikten överskattas i medel med 1,6%
 - 79 % av viktskattningarna låg inom $\pm 10\%$ från födelsevikten

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Resultat – 2) Jämförelse Persson Weldner med andra formler (BPD, MAD, femur)

- Persson Welder lite bättre än andra “BPD, MAD, femur” – formler
- ev aningen sämre (dock rel lika) än Hadlock 4 (svårt att jämföra då vi ej mäter HC (o AC))

Accuracy and precision of sonographic fetal weight estimation in Sweden

Linda Lindström^{1,2}  | Sven Cnattingius¹ | Ove Axelsson^{2,3} | Michaela Granfors^{1,4} 



Konklusion:

- Totalt sett: Persson Weldners precision är ok
- Men: man måste känna till “sin” formel, “sin” våg. För oss: Persson-Weldner
 - Sämst precision vid skattad SGA (och i extrem prematur tid)
 - LGA-skattade foster: bättre precision! Vikt överskattas i medel något
 - Generellt bättre precision av skattningarna ju längre graviditetslängd

OBS- tänk på att viktavvikelsen är relativ

1. Fostervikt skattas till 400 g, födelsevikten är 500 g
2. Fostervikt skattas till 4000 g, födelsevikten är 5000 g
 - viktskattningarna lika bra (%-avvikelsen lika)
 - men större skillnad i gram för det stora barnet

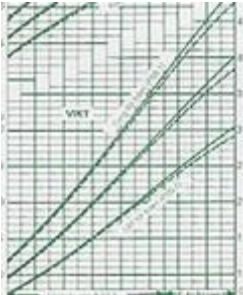
Viktskattning – två delar



1) "Vågen" – skatta vikten i gram

Sverige: Persson Weldner (1986)

Internationellt: många olika, Hadlock 4 (1985)



2) Jämföra – hur tung är fostret i relation till referenspopulationen?

Sverige: Maršál (1996) (Lindström (2021))

Internationellt: olika. WHO, Intergrowth, mm

Jämföra – hur tung i relation till referenspopulationen?



Ungefär andel LGA av födda barn i Sverige

Enligt

- Maršál 3,4%
- Lindström 1,7%
- WHO 4,2%
- Intergrowth 14,4%

Är ultraljud ens bättre än klinisk skattning av fostervikt (av den gravida, bm, dr)?

- Många olika studier med helt olika upplägg
- Försök till sammanfattning (skattning i fullgången tid)
 - Olika resultat. Ultraljud vanligen antingen bättre eller jämförbar med klinisk skattning
 - Både ultraljuds- och klinisk skattning kan förbättras i viss mån med riktad träning
 - Men svårigheter kvarstår
 - För lågriskkvinnor rimligt med klinisk skattning (t ex SF-mått, Leopold)
 - Skattning en utmaning vid maternell obesitas och/eller makrosomi (ultraljud förefaller vara mera exakt)

- Hendrix NW, et al. J Reprod Med. 2000 Apr;45(4):317-22.; Baum JD, et al. J Reprod Med. 2002 Mar;47(3):194-8. Kesrouani A, et al E. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Feb 8;17(1):59. Lanowski JS, Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017 Mar;77(3):276-283. Preyer O, et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Apr 11;19(1):122. Ricchi A, et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021 Apr;34(7):1070-1074. Daykan Y, et al. Arch Gynecol Obstet. 2022 Mar;305(3):567-572. Levin I, et al. Fetal Diagn Ther. 2011;29(4):321-4. Huynh K, et al. Womens Health Rep (New Rochelle). 2024 Feb 27;5(1):186-192.

Kan det vara bättre att inte känna till att fostret är stort?

Ibland (ofta?) ja!

Papaccio M, et al. Obstetric consequences of a false-positive diagnosis of large-for-gestational-age fetus. Int J Gynaecol Obstet. 2022 Sep;158(3):626-633.

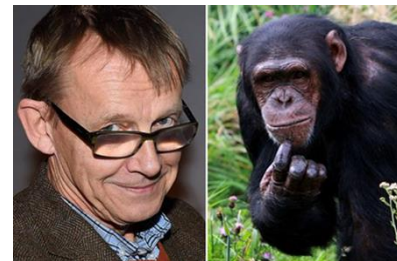
Conclusion: A false-positive diagnosis of LGA fetus is associated with a significant increase of cesarean section during labor.

Men – för enstaka riktigt stora foster och gravida kan potentiellt svåra komplikationer undvikas vid kännedom om detta

Hur göra?

- För lågriskgravida utan klinisk misstanke om stort barn:
 - Ingen indikation för viktskattning i tredje trimestern
 - Viktskattning i tredje trimestern enbart på indikation
 - Finns ingen evidensbaserad kokbok gällande vad som är en "indikation"
 - Och- viktskattning är bara ett av många verktyg som kan användas som underlag för att rekommendera förlossningssätt
-
- Kwok M, Angioni V. Additional single third trimester ultrasound scan in detection of large for gestational age fetuses. Curr Opin Obstet Gynecol. 2022 Oct 1;34(5):275-278.
 - Wastlund D, et al. The cost-effectiveness of universal late-pregnancy screening for macrosomia in nulliparous women: a decision analysis. BJOG. 2019 Sep;126(10):1243-1250.

Kan vi bli bättre? JA!



Ha koll på våra egna resultat gällande viktskattning

- I landet: vår formel utvärderad – men skulle det bli bättre med Hadlock4?
- Per enhet: Finns dashboard i Graviditetsregistret
- Individuellt: Finns verktyg via t ex Obstetrix webbrapporter

ISUOG (The International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology)

- Bilder från viktskattningar ska granskas regelbundet, för ALLA
- Utvärdering av ”akuta” viktskattningar
- ”Retraining” om bilder och/eller skattningar ej ok



THE

TAKE-HOME MESSAGE

- Formel för viktskattning i Sverige är ok
- Viktskattning i tredje trimester enbart på indication
- OBS – viktskattning är enbart en skattning! (och en del av helhetsbedömningen)
- Skattad LGA i fullgången tid med vår svenska formel (vår ”våg”)
 - Bättre skattningar än om skattad SGA
 - Födelsevikten överskattas i medel något
 - Ca 79 % av viktskattningarna inom $\pm 10\%$ från födelsevikten
- Ha koll på kvalitén av skattningarna – vi kan bli bättre (i viss mån)
- Mycket vet vi inte vet än – mera forskning behövs



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

Ultra-ARG

Arbets- och referensgruppen för ultraljudsdiagnostik

- www.graviditetsregistret.se
- info@graviditetsregistret.se
- michaela.granfors@ki.se





Misstanke om förväntat stort barn

- **Etiologi**
- **Diagnostik**
- **Handläggning**

Malin Thorsell

MD PhD

Verksamhetschef, Medicinskt ledningsansvrig

BB St Göran



Syndrom	Karaktäristika	Gendefekt	Mekanism till ökad tillväxt
Barn till diabetes mödrar	B- cells hypertrofi	Ingen	Ökat insulin
Beckwith-Wiedemann syndrome	Viceromegali, omfalocoele, hemihypertrofi, njurdysplasi, Wilms tumör	Kromosom 11	Sannolikt ökad IGF 2 uttryck
Simpson-Golabi-Behmel syndrome	Som ovan + hypotoni, skelettdysplasi	Kromosom X	Sannolikt ökat IGF 1 och 2 uttryck
Perlmans syndrom	Som ovan + avvikande ansiktsskelett	Kromosom 2	Okänt
Nesidioblastosis	B- cells hypertrofi	Kromosom 11	Ökad insulin samt Ökat IGF
Sotos/ Weavers syndrom	Doliocephali, ödem, skelett dysplasi,	Kromosom 5	Okänd
Marshall-Smith	Ökad benmineralisering, avvikande ansiktsskelett	Kromosom 19	Okänd
Momos syndrom	Fetma, macrocephaly, avvikande ögon	Kromosom 3	Okänd

Oavsett definition leder det till fler komplikationer hos mamma och barn

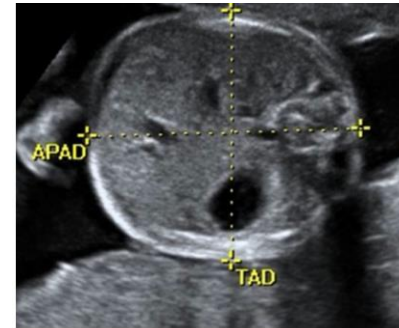
- ❖ Dystoci
- ❖ Sectio
- ❖ Bristningar
- ❖ PPH
- ❖ Sepsis
- ❖ Låg APGAR
- ❖ Skulderdystoci
- ❖ NICU vård
- ❖ Perinatal mortalitet

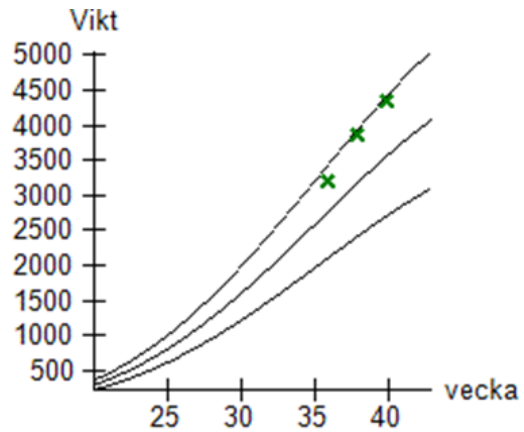


Barn ökar i genomsnitt 200 gram/ v, barn med accelererad tillv kan öka med 100 gram/dag

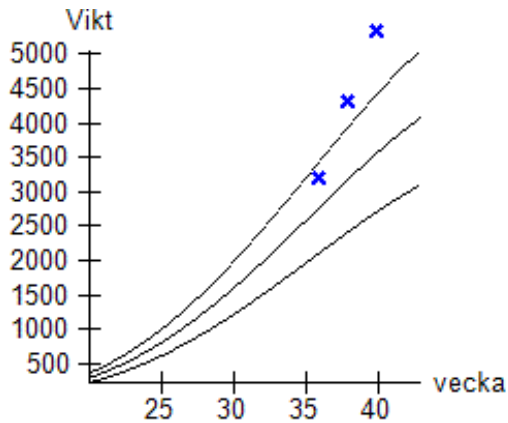
Ulj i gravv 41 med ett **MAD= 121** kommer då att ha en slutvikt på ca **4500 gram** i gravv 42+0

MAD=130 mm kommer att ha en vikt på > 5000 gram





LGA



Accelererad tillv

Handläggning vid en skattad vikt $> +22\%$

Kvinnan bör genomföra OGTT

Nytt ulj efter 2 v

Vid en beräknad födelsevikt i fullgången tid > 4500 rekommenderas remiss till SMVC för en samlad bedömning

Individuell hänsyn bör tas till kvinnans förutsättningar att föda barnet

Vid misstanke om accelererad tillväxt och om den förväntade slutvikten beräknas bli ≥ 5000 gram kan man överväga induktion from v 38+0.



Risken för skulderdystoci ska särskilt beaktas vid förlängd utdrivningsfas.

Vid skattad vikt > 4500 g och vertex > 2 cm över bäckenbotten bör sectio övervägas framför instrumentell förlossning om förlossningen behöver påskyndas.

[Misstänkt stort barn - Kunskapsstöd för vårdgivare
\(kunskapsstodforvardgivare.se\)](#)



Induktion på misstanke om **STORT BARN** Vad säger forskningen?

Sophia Brismar Wendel

Docent, adjungerad lektor, Karolinska Institutet

Överläkare, medicinskt ledningsansvar, Förlossningen, Danderyds sjukhus



Danderyds Sjukhus – I TRYGGASÄRA HÄNDER



**Karolinska
Institutet**

Cochrane 2016

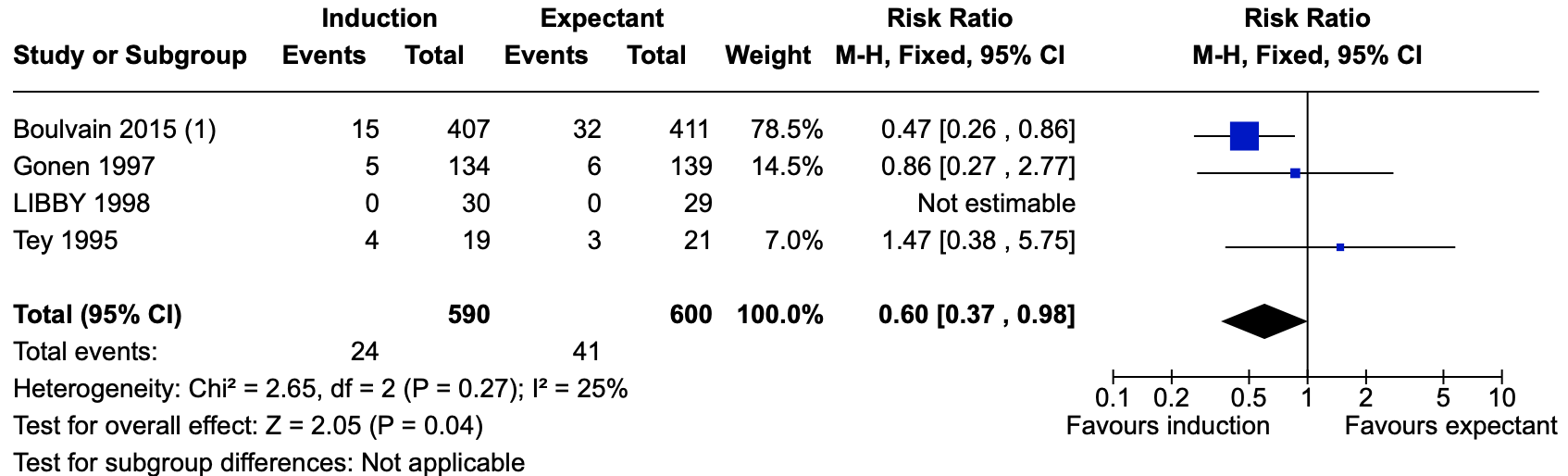
Boulvain 2015	>95e percentilen (3500 g v36, 3700 g v37 och 3900 g v38)	N=818
Gonen 1997	4000 - 4500 g (>4500 g = sectio)	N=273
Kean (LIBBY) opubl	>97e percentilen enligt Chitty 1994	N=59
Tey 1995	4000 - 4750 g	N=40

Intervention var induktion inom 2-3 dagar, från v37 i Boulvain, v40 i övriga.

Expektans till v41 (Boulvain) eller v42 (övriga).

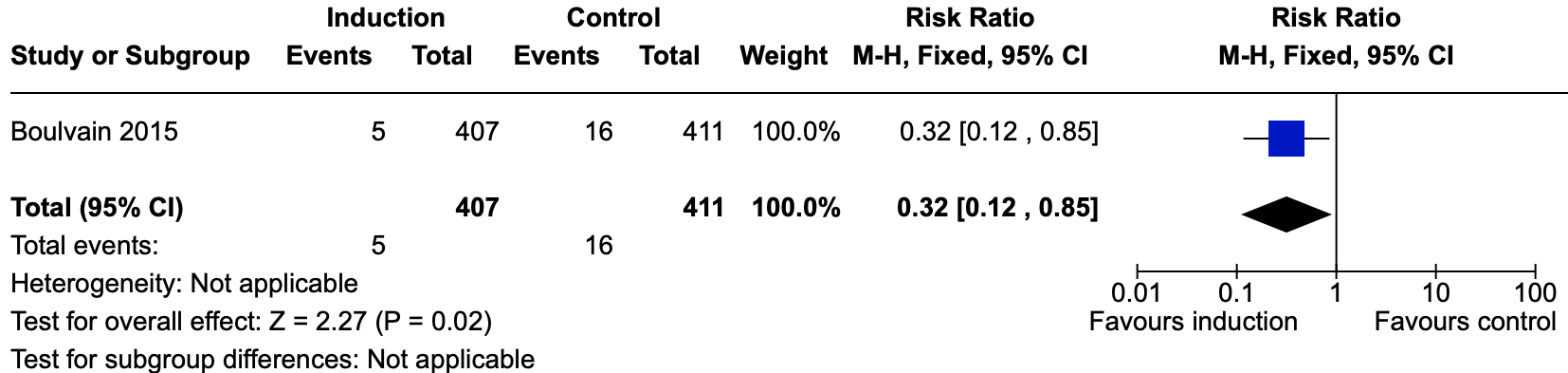
Skulderdystoci minskar

Skulderdystoci RR 0.60 (95% CI 0.37-0.98)

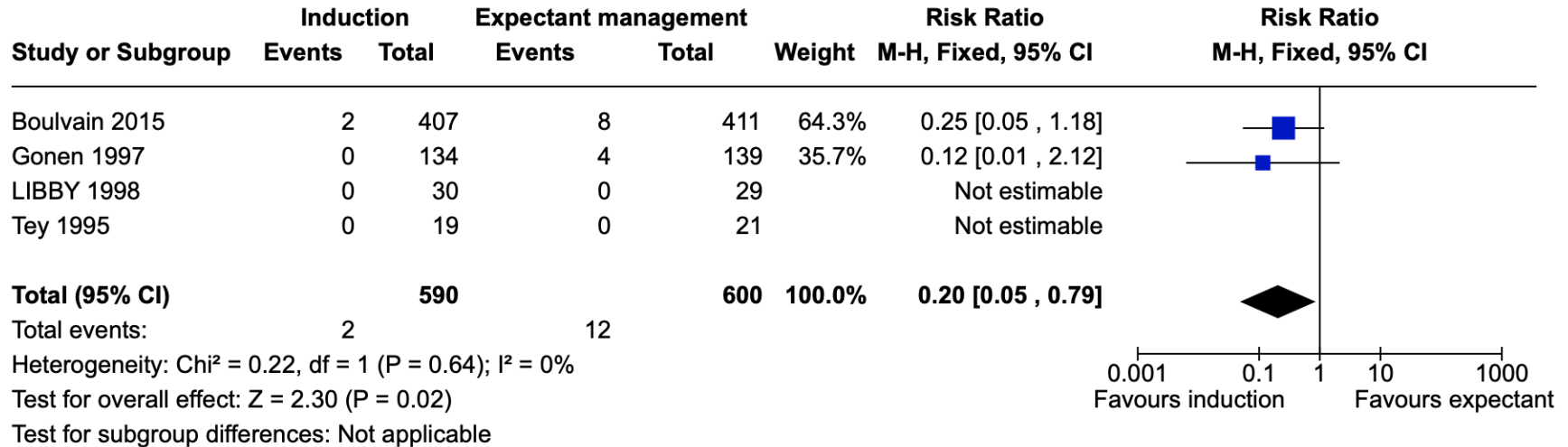


Även signifikant skulderdystoci...

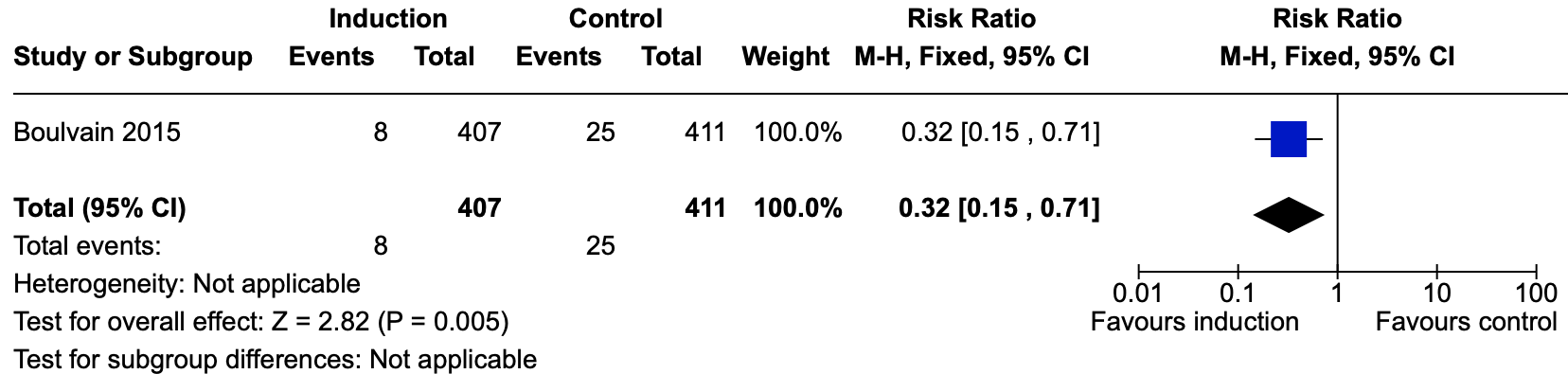
Definierat som inre manövrar eller mer åtgärder



Frakturer minskar



Total neonatal morbiditet minskar



- Födelsevikt (mean difference (MD) -178 g, 95% CI -315 till -41)
- Ingen skillnad i plexusskada (2 fall i en studie)
- Ingen skillnad i asfyxi (Apgar/pH)

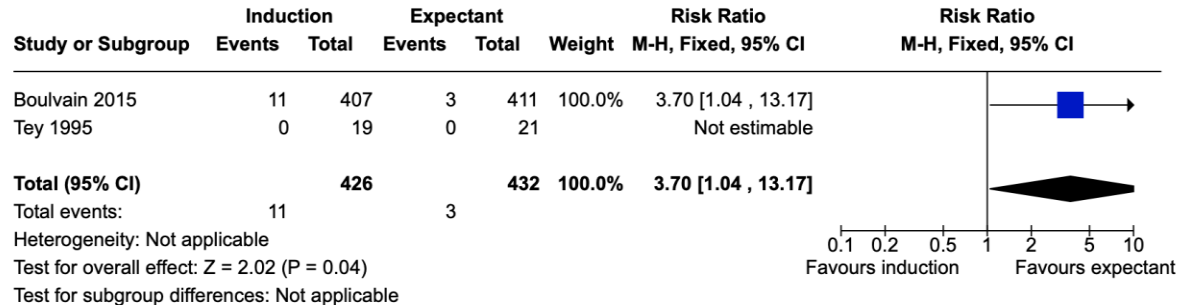


Sectio eller VE ökar inte

- Sectio RR 0.91 (95% CI 0.76-1.09)
- Instrumentell förlossning RR 0.86 (95% CI 0.65-1.13)

Men ökar sfinkterskada??

- Sfinkterskada RR 3.70 (95% CI 1.04-13.17)



Forts Cochrane 2016

Evidensgrad nedgraderad pga risk för bias pga ej blindad och oprecisa utfallsmått.

Författarnas tolkning och konklusion:

- Lägre risk skulderdystoci
- Lägre risk frakturer
- Lägre födelsevikt
- För låg power för att se om asfyxi, HIE eller plexusskador minskar
- Ej ökad risk för sectio, instrumentell förlossning eller dåligt barnutfall



National Guideline Alliance (UK) 2021

National Institute for Health and Care Excellence

Final

Inducing labour

[A] Induction of labour for suspected fetal macrosomia

- Baseras på samma Cochrane review 2016
- Ej läst RCT i fulltext
- Begränsade rapporterade utfall till
 - Sfinkterskada (grad 3-4) – ökad risk?
 - Skulderdystoci – minskad risk?
 - Perinatal död – ej analyserbart
 - HIE – ej analyserbart
 - Maternal satisfaction – ej analyserbart
 - Plexusskada – ingen skillnad
 - Kejsarsnitt – ingen skillnad
- Slutsats att NICE guideline kan stötts



Danderyds Sjukhus – I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

NICE guideline (2021) on induction

Suspected fetal macrosomia

Using the information in [appendix B](#), discuss with women without diabetes and with [suspected fetal macrosomia](#) that:

- the options for birth are expectant management, induction of labour or caesarean birth (see the [NICE guideline on caesarean birth](#))
- there is uncertainty about the benefits and risks of induction of labour compared to expectant management, but:
- with induction of labour the risk of shoulder dystocia reduced compared with expectant management
- with induction of labour the risk of third- or fourth-degree perineal tears is increased compared with expectant management
- there is evidence that the risk of perinatal death, brachial plexus injuries in the baby, or the need for emergency caesarean birth is the same between the 2 options
- they will also need to consider the impact of induction on their birth experience and on their baby (see [recommendation 1.1.3](#)).

Discuss the options for birth with the woman, taking into account her individual circumstances and her preferences, and respect her decision. Support recruitment into clinical trials, if available. **[2021]**



Läsarupplysning... älskar't

| Outcome 9 looks wrong due to a data entry problem

Published : 28 July 2022

Note: This comment relates to a previous version of this Review: <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1002/14651858.CD000938.pub2>

Ben Simpson | Newcastle University | 0000-0002-2215-302X | O&G Speciality Registrar

Outcome 9 records data from the Boulvain trial which dominates this meta-analysis. This looks to have been entered incorrectly.

This error seems to have been carried across into the NICE guidance so is likely to have an impact on counselling across the UK. They made the comment that they were unable to account for the unexpected increase in 3rd or 4th degree tears. This is unsurprising as this effect doesn't seem to be real.

Hope you're able to help with this.



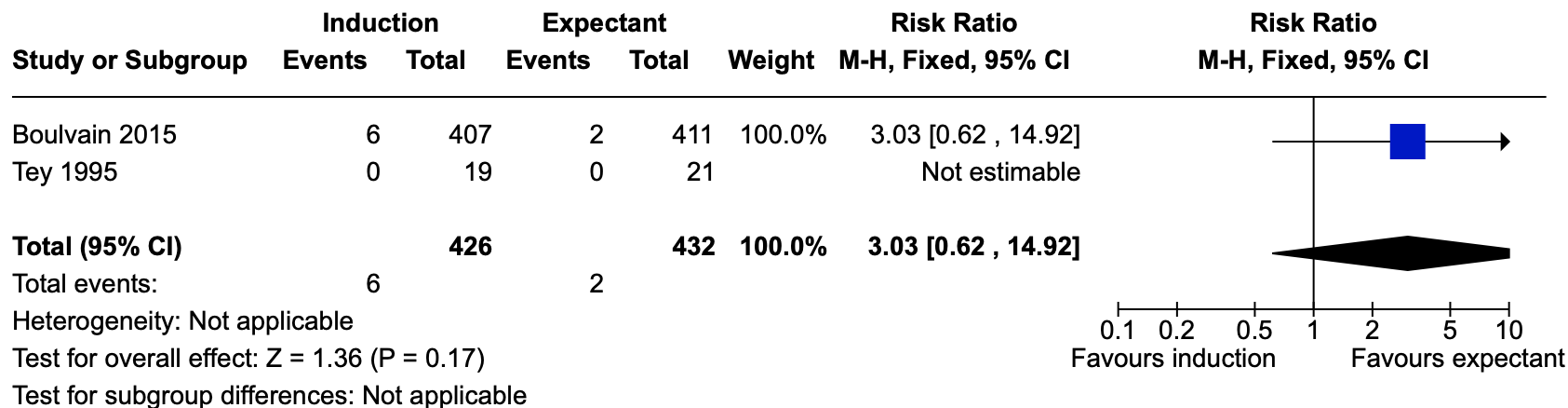
Danderyds Sjukhus – I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER



Cochrane 2023 (omräknat)



Ingen säker ökning av sfinkterskador



Observationsstudier (om man gillar dem)

- Sfinkterskada minskade om induktion före 40 v; OR 0.63, 95%CI, 0.49-0.81
- Instrumentell förlossning minskade om induktion före 40 v; OR 0.87, 95%CI 0.79-0.97
- Låg Apgar minskade; OR 0.62, 95%CI, 0.40-0.96
- Hos omfödskor en minskning av kejsarsnitt, OR 0.61, 95%CI 0.38-0.98
- Hos förstfödskor **ökad risk för skulderdystoci**, OR 1.22, 95%CI 1.02-1.46.

1 625 899 patienter i blandning av RCT och observationsstudier. Hong et al. JAMA Netw Open. 2023

- **Skulderdystoci minskade om induktionen skedde före 40 v**; OR 0.64, 95%CI: 0.42-0.98.
- Kejsarsnitt samma, men ökade efter 40 v; OR 1.46, 95%CI 1.02-2.09.

111 300 patienter i blandning av RCT och observationsstudier. Badr et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024



Slutsats

Induktion i tid kan minska risk för skulderdystoci och fraktur, ökar inte risken för mamman.

Inte lika bra >v40 (selection bias).

Patienten ska inte oroas i onödan och kan få vara med och välja.

Fler RCT behövs...

Ewington et al. **The big baby trial** BMJ Open. 2022 ska rekrytera 4000 kvinnor.





Region Örebro län

Induktion och stort barn

Patientupplevelsen

Karin Hildén

Överläkare PhD

Univeritetssjukhuset Örebro

Coates R et al Midwifery 2019

- Kvalitativ, systematisk översikt
- 10 intervjustudier inkluderade 2010-2018
- 157 deltagare
- Rekrytering före/efter induktion/partus

Coates R et al Midwifery 2019

- Upplevelse att inte vara delaktig i beslutet.
- Upplevelse att man får välja men att vårdgivaren har en mycket stark åsikt om vad man bör välja.
- Oron för barnets hälsa övervägde alltid oro för onödiga interventioner.
- I 6/7 studier som inkluderade både induktion på sjukhus och induktion hemma uppgav patienterna som var hemma mindre smärta.
- Man var del i en produktionslina.
- Stökig sjukhusmiljö.
- Generellt dålig information om vad som skulle hända.
- Som positiva inslag lyfts skriftlig information och möjlighet att prata med sin barnmorska.

Harkness et al BMJ Open 2023

- Maktlöshet
- Kontrollförlust
- Stökig miljö på sjukhuset
- Jobbigt när inte partnern kan vara kvar
- Personalen har inte tid - man är inte prioriterad.



Harkness et al BMJ Open 2023

- 57% upplevde att de inte hade något val.
- 66% upplevde att alternativen presenterades på ett sätt de förstod.
- 50% visste vad de kan förvänta sig.

SWEPIS-studien Nilvér et al BMJ Open 2020

- Frågeformulär till 656 kvinnor 3 månader post partum.
- Ingen skillnad i förlossningsupplevelse mätt med VAS.
- Man skattade generellt sin upplevelse bra.

Sammanfattning

- Mycket fokus på det som inte är bra.
- Olika befolkningar, olika kontexter.
- När det är bra anges information och kommunikation som avgörande för detta.