



[ID-nr]	Igangsetting av fødsel	
1. Definisjon	Andel induksjon hos alle fødende	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet	Trygge og sikre	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde	Pasientsikkerhet	
<b>Godkjenning</b>		
8. Godkjent dato først gang	November 2016, Saksnr i 360 – 13/10391	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0 – november 2016 etablert som ny kvalitetsindikator	
<b>Faglig begrunnelse/målsetning</b>		
11. Begrunnelse for valg	<p>Igangsetting (induksjon) av fødsel gjøres når man forventer og ønsker en vaginal fødsel. Dette fordi man av medisinske årsaker vurderer det som nødvendig eller ønskelig å avslutte svangerskapet. Målet med igangsetting er å forbedre helse for mor og/eller barn på kort og lang sikt (1). Det er i dag mye diskusjon om hvem man skal sette i gang fødselen på og hva som er rett tidspunkt i svangerskapet.</p> <p>De viktigste årsakene (2) for igangsetting er: vannavgang &gt;24 timer uten start av rier, forhøyet blodtrykk/svangerskapsforgiftning, diabetes, tvillingsvangerskap og overtidig svangerskap.</p> <p>Dagens metoder for igangsetting er tøyning av livmorhalsen og fosterhinneløsning («stripping»), innlegging av ballongkateter i livmorhalsen, bruk av ulike prostaglandinmedikamenter, overriving av fosterhinnene («ta vannet») og bruk av ristemulerende oxytocinmedikamenter (2). Valg av metode er avhengig av fødeinstitusjonens prosedyre for igangsetting, modenheten i livmorhalsen og tidligere fødsler.</p> <p>Selve igangsettingsprosessen kan ta flere dager. Selv om de mange fødende ønsker å bli igangsatt, så opplever mange at en igangsetting er en slitsom og belastende opplevelse (3). Det diskuteres hvorvidt igangsetting øker risikoen for keisersnitt og andre komplikasjoner under fødsel. Nyere studier tyder ikke på økning i keisersnitt ved igangsetting til termin (4). Kvinner med tidligere keisersnitt, eller andre operasjoner på livmor som blir igangsatt, vil ha en økt risiko for rift i eller revning av livmoren i arret (5).</p> <p>Igangsetting øker ressursbruken og innebærer en risiko for å sykeliggjøre fødselen. På den andre siden vil riktig bruk kunne senke ressursbruken ved at mor og barn er friskere etter fødsel, og (kan senke) behovet for keisersnitt underveis i fødsel (6,7)</p>	
12. Målsetning	Overvåking av praksis, minske variasjon mellom sammenlignbare institusjoner, unngå unødig ressursbruk og unngå videre økning i bruken uten at det er medisinsk begrunnet	
13. Målgruppe for denne indikatoren	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus. De får også vurdert alle kvalitetsindikatorene under ett innen fødselsomsorgen.
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt. omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	8.2. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet, og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av

		god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
<b>14. Begrepsavklaringer</b>	<b>Induksjon av fødsel:</b> Er kunstig igangsetting av fødselen ved svangerskapslengde >22+0 uker, der det grunnet maternell eller føtal indikasjon er ønskelig å avslutte svangerskapet, og hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner mot vaginal fødsel.	
<b>Beregning</b>		
<b>15. Utvalg i fokus (teller)</b>	Måltall 1: Antall fødsler som startes med induksjon	
<b>16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)</b>	Måltall 1: Antall fødsler totalt	
<b>17. Hovedmåltall</b>	Måltall 1: Andel fødsler som startes med induksjon	
<b>18. Andre måltall</b>	Måltall 2: Antall fødsler som startes med induksjon (=teller i måltall 1)	
<b>19. Presiseringer rundt utvalg</b>	Ikke aktuelt	
<b>20. Manglende rapportering</b>	Neglisjerbart for dette utvalget.	
<b>21. Teknisk beregning av indikator</b>	Se punkt 15-18.	
<b>22. Nivå for publisering eksternt</b>	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus	
<b>23. Standard klassifikasjoner</b>	Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter. Variabelnavn: Leie, induksjon, inngrep.	
<b>Datainnsamling/kilder</b>		
<b>24. Datakilder</b>	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet	
<b>25. Bearbeiding/revisjon av data</b>	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløbige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.	
<b>26. Type datakilde og lov hjemmel</b>	Elektronisk medling til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften ) (8).	
<b>27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde</b>	Fortløpende gjennom året.	
<b>28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator</b>	Årlig.	
<b>Tolkning av tallene</b>		
<b>29. Sammenlignbarhet over tid og sted</b>	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.	
<b>30. Feilkilder og usikkerhet</b>	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilfeldigheter</li> <li>• Ulik bruk av diagnostiske kriterier</li> <li>• Risikosentralisering</li> <li>• Variasjoner i fødejournalssystemenes data</li> <li>• Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt</li> <li>• Feil MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner</li> <li>• Reelle forskjeller i kvalitet</li> </ul> Det er ofte en kombinasjon av flere av disse.	
<b>31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren</b>	I Norge er fødeinstitusjonene indelt i tre nivå: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på risikovurdering etter gitte kriterier (9). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødselsinstitusjonene, og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.	
<b>32. Relaterte indikatorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keisersnitt</li> <li>• Tilstand hos nyfødt barn</li> <li>• Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner</li> <li>• Forekomst av fødselsrifter</li> <li>• Dødfødte barn</li> <li>• Dødlighet i nyfødtperioden</li> </ul> Sammenhengen mellom disse må tolkes med forsiktighet.	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ristumlering under fødsel</li> </ul>
<b>Videreutvikling</b>	
<b>33. Videre utvikling av datakilder/indikator</b>	Det kan senere være aktuelt å oppgi andelene fordelt på også førstegangsfødende (Robson 2a) og flergangsfødende uten tidligere keisersnitt (Robson gruppe 4a) og med tidligere keisersnitt (Robson gruppe 5) . Dersom mulig, kunne man tenke seg måltall innenfor samme KI som tar opp i seg aktuelle komplikasjoner og uønskede utfall
<b>Publisering</b>	
<b>34. Publiseringsarena</b>	<a href="http://www.helsenorge.no">www.helsenorge.no</a>
<b>35. Andre publiseringsarena</b>	<a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>
<b>Referanser</b>	
<b>36. Referanser</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2012, Issue 6. Art.No.:CD004945.</li> <li>2. Veileder i fødselshjelp 2014, kapittel 33 <a href="http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Cervixmodninginduksjon-av-fodsel/">http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Cervixmodninginduksjon-av-fodsel/</a></li> <li>3. Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. Schwarz, C., et al. 2016. <i>Midwifery</i> 35: 3-10</li> <li>4. Risk of stillbirth and infant death stratified by gestational age. Rosenstein MG, Cheng YW, Snowden JM, Nicholson JM, Caughey AB. <i>Obstet Gynecol.</i> 2012 Jul;120(1):76-82.</li> <li>5. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. Jozwiak M, Dodd JM. <i>Cochrane Database SystRev.</i> 2013 Mar 28;(3):CD009792.</li> <li>6. Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT). Boers KE, Vijgen SMC, Bijlenga D, van der Post JAM, Bekedam DJ, Kwee A, van der Salm PCM, van Pampus MG, Spaanderman MEA, de Boer K, Duvekot JJ, Bremer HA, Hasaart THM, Delemarre FCM, Bloemenkamp KWM, van Meir CA, Willekes C, Wijnen EJ, Rijken M, Sle Cessie S, Roumen FJME, Thornton JG, van Lith JMM, Mol BWJ, Scherjon SA. <i>BMJ</i> 2010.</li> <li>7. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SMC, Aarnoudse JG, Bekedam DJ van den Berg PP, de Boer K, Burggraaff JM, Bloemenkamp KWM, Drogtrøp AP, Franx A, Christianne de Groot CJM, Huisjes AJM, Kwee A, van Loon AJ, Lub A, Papatsonis DNM, van der Post JAM, Roumen FJME, Hubertina Scheepers CJ, Willekes C, Mol BWJ, van Pampus MG, for the HYPITAT study group. <i>Lancet</i> 2009.</li> <li>8. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) <a href="https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483">https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483</a></li> <li>9. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010.</li> </ol>