

Tillstånd: Gravid vecka 41+

Åtgärd: Induktion av förlossning

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet:

Genomsnittlig graviditetslängd är 40 veckor, 280 dagar, från sista menstruationens första dag. Med gravid v41+ menas här 41 veckor + (0–2 dagar). Med v42+ menas här 42 veckor + (0–1 dag).

Åtgärden:

Igångsättning av förlossning, även kallad induktion, kan ske genom amniotomi och/eller intravenös tillförsel av oxytocin, oralt intag eller vaginal applicering av prostaglandinnehållande preparat eller mekaniskt med en kateter

Slutsatser om åtgärden

Foster/barn

Induktion av förlossning i vecka 41+, jämfört med exspektans och/eller induktion i vecka 42+:

- medför möjligen ingen skillnad avseende sammantagen risk för intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet eller morbiditet. Riskskillnad (RD) -0,59% [-2,14% till 0,96%] (låg tillförlitlighet)
- medför möjligen en minskad risk för neonatalvård, RD -1,45% [-2,69% till -0,2%], dvs mellan 0 och 3 färre barn som behöver neonatalvård per 100 födda (låg tillförlitlighet).

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma:

- risken för fosterdöd/neonatal dödlighet
- risken för APGAR < 4 vid fem minuter
- risken för obstetrisk plexus brachialis skada

Modern

Induktion av förlossning i vecka 41+, jämfört med exspektans och/eller induktion i vecka 42+:

- medför möjligen ingen skillnad i risk avseende perinealbristningar grad 3–4, RD -0,57% [-1,60% till 0,46%] (låg tillförlitlighet)
- medför möjligen ingen skillnad i risk avseende blödning, RD 0,24% [-1,47% till 1,94%] (låg tillförlitlighet)

- medför möjligen ingen skillnad i risk avseende instrumentell vaginal förlossning, RD -0,63% [-2,19% till 0,92%] (låg tillförlitlighet)
- medför möjligen ingen skillnad i risk för att barnet måste förlösas med kejsarsnitt, RD 0,40% [-2,12% till 1,33%] (låg tillförlitlighet)

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma:

- risk för maternell intensivvård.

Kommentar

Flera av utfallen som ingår i de granskade studierna och vars tillförlitlighet har bedömts enligt ovan är ovanliga, alltså händelser som inträffar sällan. Exempelvis var den neonatala dödligheten för dygn 0–27 i Sverige under år 2020, 17 per 10 000 födselar (196 barn totalt), alltså 0,17 procent (Socialstyrelsens medicinska födelseregister). För att påvisa statistiskt säkerställda skillnader gällande sådana ovanliga utfall krävs studier på fler individer än de som sammanlagt ingår i slutsatserna enligt ovan. Exempelvis så skulle en adekvat utformad studie normalt kräva cirka 37 000 individer för att påvisa en riskminskning från 0,17 till 0,07 procent (t.ex. från 196 till 80 neonatalt döda per 115 000 födselar), och utan risk att små verkliga skillnader inte upptäcks¹.

Resonemanget kring få händelser är en bidragande anledning till att tillförlitligheten bedömts som mycket låg för utfallet fosterdöd/neonatal dödlighet. Detta är inte ett lika stort problem för utfallen neonatalvård och kompositmåttet intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet eller morbiditet, där fler händelser rapporterats.

Studierna av Keulen et al., 2019 och Wennerholm et al., 2019 studerade båda även ifall modern avled [1] [2]. Inga dödfall rapporterades i studierna, men utfallet har inte evidensgraderats då studierna är underdimensionerade för det utfallet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

- Åtgärden innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.
- Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.
- Se de evidensgraderade utfallen.

¹ Räkneexempel med $\alpha=0,05$ och power = 80 procent

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår tre randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) [1] [2] [3]. Studierna identifierades i en systematisk översikt av Wennerholm et al. 2019 [2]. Vid en uppdatering av litteratursökningen i denna översikt och en granskning av de studier som fångades upp i litteratursökningen identifierades ingen ytterligare studie.

De tre RCT:erna är utförda i Sverige, Nederländerna respektive Turkiet och baseras på 2 760, 1 801 respektive 600 kvinnor som ansetts ha en låg risk singelgraviditet. I alla tre studier jämförs effekten av att inducera i förlossningen i vecka 41 med expektans till vecka 42 då kvinnan induceras ifall förlossningen inte påbörjats. I studien som genomfördes i Turkiet jämförs även olika sätt att inducera förlossningen, nämligen med oxytocin intravenöst, vaginalt tillfört prostaglandin eller mekaniskt med en kateter [3].

Hälsoekonomisk bedömning

Underlaget är för osäkert för att vi ska kunna bedöma kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår för induktion i vecka 41+(0–2 dagar), jämfört med expektans och induktion i vecka 42+(0–1 dagar). Sett enbart till medelkostnaden per förlossning föreligger inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de två grupperna.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI])	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar	
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion vecka 41+)						
A-Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet	9/2 580 (0,35 %)	1/2 581 (0,04 %)	-0,0028 [-0,0053, -0,002]	0,25 [0,05, 1,25]	5 161 (3 studier) [1] [2] [3]	+	(Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selektad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en ottydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. Otydligt hur populationen i Gelisen har valts ut. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
B-Kompostmåttet uterin fosterdöd/neonatal	59/2280 (2,59 %)	48/2281 (2,10 %)	-0,0059 [-0,0214, 0,0096]	0,78 [0,40, 1,52]	4 561 (2 studier) [1] [2]	++	(Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI])	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion vecka 41+)					
dödlighet och morbiditet							-1 överförbarhet. Selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
C-Neonatalvård	165/2 573 (6,41 %)	130/2 580 (5,04 %)	-0,0145 [-0,0269, -0,002]	0,79 [0,63, 0,99]	5 161 (3 studier) [1] [2] [3]	++ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. (Selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. Otydligt hur populationen i Gelisen har valts ut. I

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI]	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion vecka 41+)					
							studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
D-APGAR <4, vid 5 min	4/2 275 (0,18 %)	3/2 281 (0,13 %)	-0,0007 [-0,0054, 0,0041]	0,76 [0,04, 15,26]	4 561 (2 studier) [1] [2]	+ (Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en ottydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.

Ufall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI])	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar	
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion vecka 41+)						
E- Obstetrisk plexus brachialis skada	1/2 275 (0,04 %)	4/2 281 (0,18 %)	0,0009 [-0,0016, 0,0033]	3,98 [0,45, 35,56]	4 556 (2 studier) [1] [2]	+	(Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
F –Perineal-bristningar grad 3–4	81/2 280 (3,55 %)	68/2 281 (2,98 %)	-0,0057 [-0,0160, 0,0046]	0,84 [0,61, 1,15]	4 561 (2 studier) [1] [2]	++	(Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare. -1 överförbarhet. Selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI])	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion vecka 41+)					
							delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.
G –Postpartum blödning	218/2 280 (9,56 %)	222/2 281 (9,73 %)	0,0024 [-0,0147, 0,0194]	1,02 [0,85, 1,21]	4 561 (2 studier) [1] [2]	++ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.
H –Maternell intensivvård	2/2 280 (0,09 %)	5/2 281 (0,21 %)	0,0014 [-0,0008, 0,0036]	2,05 [0,44, 9,54]	4 561 (2 studier) [1] [2]	+ (Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Sselekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI])	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion vecka 41+)					
I-Instrumentell vaginal förlossning	199/2 280 (8,72 %)	181/2 281 (7,94 %)	-0,0063 [-0,0219, 0,0092]	0,91 [0,75, 1,10]	4 561 (2 studier) [1] [2]	++ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.
J -Kejsarsnitt	311/2 580 (12,05 %)	298/2 581 (11,55 %)	-0,0040 [-0,0212, 0,0133]	0,96 [0,82, 1,11]	5 161 (3 studier) [1] [2] [3]	++ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare. -1 överförbarhet (selekerad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.

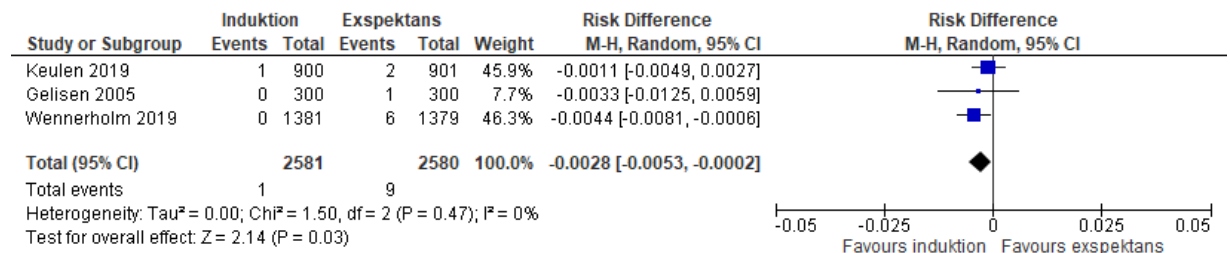
Översikt av inkluderade studier

Författare År Referens Studiedesign Land Risk för bias	Population, inklusionskri- terier, studie- period, upp- följningstid	Åtgärd i intervention (I)- och kon- trollgrupp (K)	Utfall A Intraute- rin foster- död/neo- natal dödlighet	Utfall B Komposit- mättet intrauterin foster- död/neo- natal död- lighet och morbiditet	Utfall C Neo- natalvård	Utfall D APGAR <4 vid 5 min	Utfall E Obstetrisk plexus brachialis skada	Utfall F Perineal- brist- ningar grad 3-4	Utfall G Post- partum blöd- ning	Utfall H Mater- nell in- tensviv- vård	Utfall I Instru- mentell vaginal förloss- ning	Utfall J Kejsar- snitt	Övrigt
Gelisen et al. 2005 [3] RCT Turkiet Måttlig risk för bias	600 kvinnor med en- bördsgravidi- tet 46,5 % var försföderskor Medelålder var 30,4 år Studieperiod: Maj 2012 till Mars 2016	I: Indukt- ion vid 41 veckor + (0 till 1 dag) K: Expek- tans och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag)	I: 0/300 K: 1/300		I: 13/300 K: 15/300							I: 58/300 K: 66/300	Studien har även jäm- fört effek- ten av olika ingång- sättsme- del/meto- der.

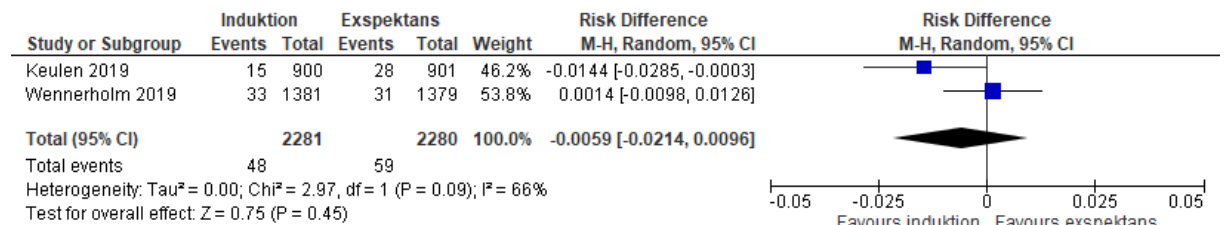
Keulen et al. 2019 [1] RCT Nederlän- derna Låg risk för bias	1 801 kvinnor med en- bördsgravidi- tet 53% var förs- föderskor Medelålder var 30,4 år Studieperiod: Maj 2012 till Mars 2016.	I: Indukt- ion vid 41 veckor + (0 till 1 dag) K: Expek- tans och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag).	I: 1/900 K: 2/901	I: 15/900 K: 28/901	I: 62/899 K: 68/899	I: 0/900 K: 3/901	I: 0/900 C: 0/901	I: 28/900 K: 1/901	I: 82/900 K: 2/901	I: 3/900 K: 2/901	I: 93/900 K: 108/901	I: 97/900 K: 97/901	
Wennerholm et al., 2020 [2] RCT, Sverige, låg risk för bias	2 760 kvinnor med en- bördsgravidi- tet. 55% var förs- föderskor. Medelålder var 31,1 år	I: Indukt- ion vid 41 veckor + (0 till 2 dagar) K: Expek- tans och induktion vid 42 veckor +	I: 0/1 381 K: 6/1 379	I: 33/1 381 K: 31/1 379	I: 55/1 381 K: 82/1 374	I: 3/1381 K: 1/1374	I: 4/1 381 C: 1/1374	I: 40/1 381 K: 50/1 379	I: 140/1 3 81 K: 146/1 3 79	I: 2/1 381 K: 0/1 379	I: 88/1 38 1 K: 91/1 37 9	I: 143/1 3 81 K: 148/1 3 79	

Metaanalyser

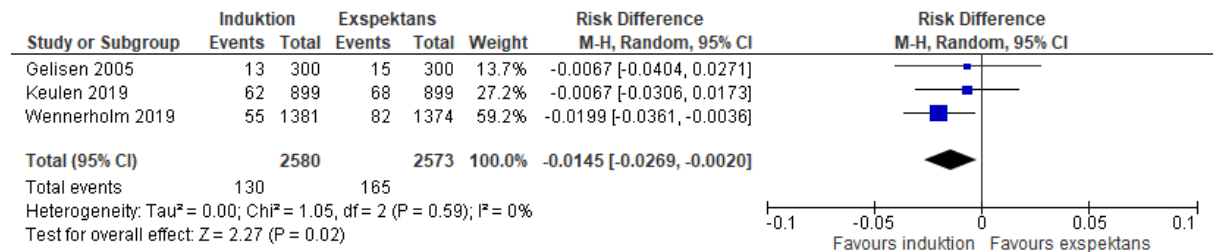
Utfall: Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet



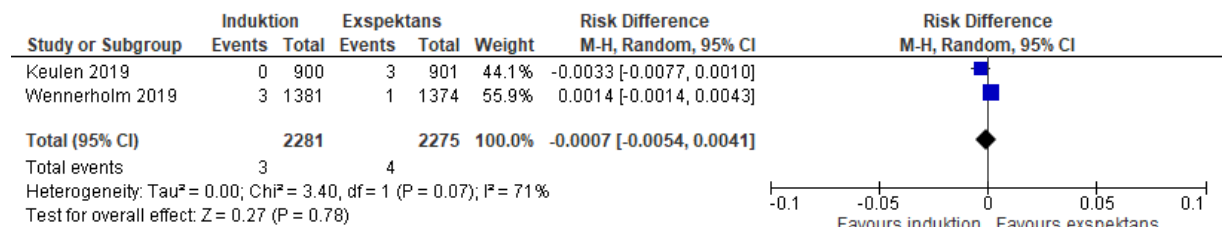
Utfall: Komposittmått intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och morbiditet



Utfall: Neonatalvård

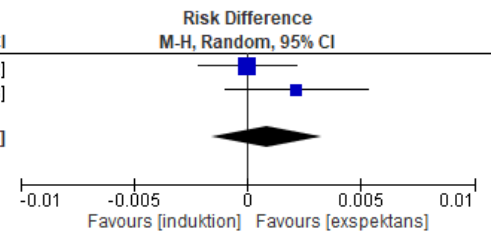


Utfall: APGAR mindre än 4 vid fem minuter



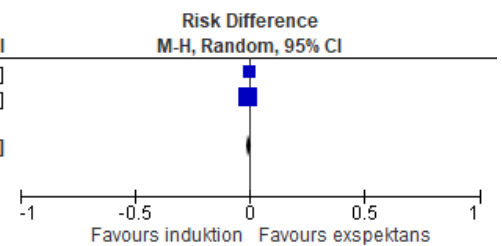
Utfall: Obstetrisk plexus brachialis skada

Study or Subgroup	Induktion		Exspektans		Weight	Risk Difference
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI
Keulen 2019	0	900	0	901	60.8%	0.0000 [-0.0022, 0.0022]
Wennerholm 2019	4	1381	1	1374	39.2%	0.0022 [-0.0010, 0.0053]
Total (95% CI)		2281		2275	100.0%	0.0009 [-0.0016, 0.0033]
Total events	4		1			
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 1.68, df = 1 (P = 0.20); I ² = 40%						
Test for overall effect: Z = 0.69 (P = 0.49)						



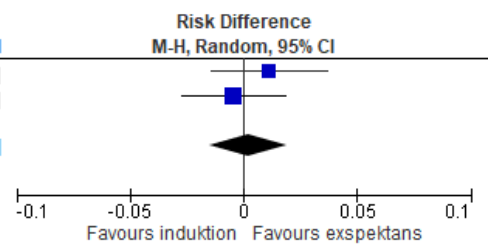
Utfall: Perinealbristningar grad 3–4

Study or Subgroup	Induktion		Exspektans		Weight	Risk Difference
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI
Keulen 2019	28	900	31	901	39.4%	-0.0033 [-0.0197, 0.0131]
Wennerholm 2019	40	1381	50	1379	60.6%	-0.0073 [-0.0205, 0.0060]
Total (95% CI)		2281		2280	100.0%	-0.0057 [-0.0160, 0.0046]
Total events	68		81			
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 0.14, df = 1 (P = 0.71); I ² = 0%						
Test for overall effect: Z = 1.09 (P = 0.28)						



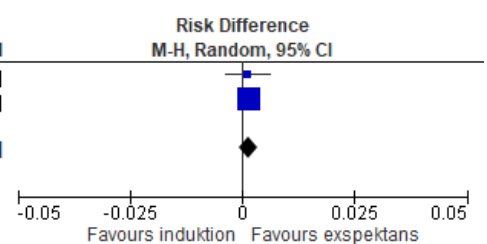
Utfall: Postpartum blödning

Study or Subgroup	Induktion		Exspektans		Weight	Risk Difference
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI
Keulen 2019	82	900	72	901	43.7%	0.0112 [-0.0146, 0.0370]
Wennerholm 2019	140	1381	146	1379	56.3%	-0.0045 [-0.0272, 0.0182]
Total (95% CI)		2281		2280	100.0%	0.0024 [-0.0147, 0.0194]
Total events	222		218			
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 0.81, df = 1 (P = 0.37); I ² = 0%						
Test for overall effect: Z = 0.27 (P = 0.79)						



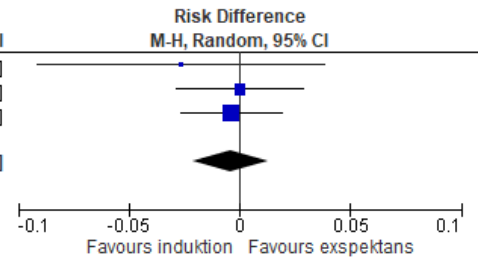
Utfall: Maternell intensivvård

Study or Subgroup	Induktion		Exspektans		Weight	Risk Difference
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI
Keulen 2019	3	900	2	901	20.3%	0.0011 [-0.0037, 0.0060]
Wennerholm 2019	2	1381	0	1379	79.7%	0.0014 [-0.0010, 0.0039]
Total (95% CI)		2281		2280	100.0%	0.0014 [-0.0008, 0.0036]
Total events	5		2			
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 0.02, df = 1 (P = 0.89); I ² = 0%						
Test for overall effect: Z = 1.23 (P = 0.22)						

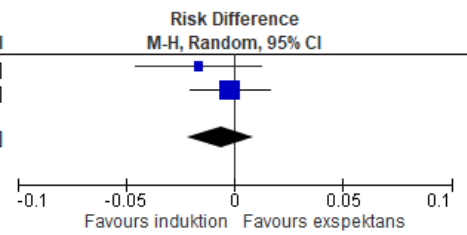


Utfall: Kejsarsnitt

Study or Subgroup	Induktion		Exspektans		Weight	Risk Difference M-H, Random, 95% CI	
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI	M-H, Random, 95% CI
Gelisen 2005	58	300	66	300	7.1%	-0.0267	[-0.0914, 0.0381]
Keulen 2019	97	900	97	901	36.3%	0.0001	[-0.0285, 0.0288]
Wennerholm 2019	143	1381	148	1379	56.6%	-0.0038	[-0.0267, 0.0191]
Total (95% CI)		2581		2580	100.0%	-0.0040	[-0.0212, 0.0133]
Total events	298		311				
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 0.57, df = 2 (P = 0.75); I ² = 0%							
Test for overall effect: Z = 0.45 (P = 0.65)							

**Utfall: Instrumentell vaginal förlossning**

Study or Subgroup	Induktion		Exspektans		Weight	Risk Difference M-H, Random, 95% CI	
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI	M-H, Random, 95% CI
Keulen 2019	93	900	108	901	28.5%	-0.0165	[-0.0456, 0.0125]
Wennerholm 2019	88	1381	91	1379	71.5%	-0.0023	[-0.0206, 0.0161]
Total (95% CI)		2281		2280	100.0%	-0.0063	[-0.0219, 0.0092]
Total events	181		199				
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 0.70, df = 1 (P = 0.40); I ² = 0%							
Test for overall effect: Z = 0.80 (P = 0.42)							



Frågeställning och PICO

Medför induktion vid 41 veckor + (0 till 2 dagar) istället för exspektans med varierande grad av fosterövervakning och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag) minskad intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet, utan ökad risk för maternell dödlighet och sjuklighet, hos friska kvinnor med okomplicerad singelgraviditet?

- Population/tillstånd: Friska kvinnor med okomplicerad singelgraviditet i huvudbjudning, med verifierad sen graviditet (41 veckor).
- Intervention/åtgärd: Induktion vid 41 veckor + (0 till 2 dagar).
- Kontrollgrupp: Exspektans med varierande grad av fosterövervakning och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag).
- Utfallsmått:

Foster/barn:

- Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet
- Allvarlig sjuklighet (t.ex. hjärnskada, kroppsskada eller svår infektion)
- Kompositmått intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och morbiditet
- Neonatalvård
- APGAR mindre än 4 vid fem minuter.

Mamma:

- Dödlighet
- Sjuklighet/komplikationer (ex blödningar, perinealbristningar)
- Kejsarsnitt
- Instrumentell förlossning
- Sekundära utfall (i mån av tid):
 - Nöjdhet/upplevelse hos kvinnan
 - Amning (2h efter förlossning).
- Studietyp: RCT
- Kontrollerad studie utan randomisering
- Övriga inkl./exkl. kriterier.

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1 888 (+ 1 104 uppdat sök 230222)
Artiklar som lästes i fulltext	29 (+4 uppdat sök)
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ, 3 RCT (+0 uppdat sök)
Artiklar som inkluderades i underlaget	3 RCT

RCT = Randomiserad kontrollerad studie, SÖ = Systematisk översikt

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Aziz 2020 [4]	Ej relevant C
Bannour 2021 [5]	Ej relevant publikationsform
Bowe 2021 [6]	Ej relevant studiedesign
Bruinsma 2022 [7]	Ej relevant studiedesign
Caughey 2009 [8]	Ej relevant publikationsform
De Bonrostro Torralba 2019 [9]	Ej relevant studiedesign
Elderhorst 2019 [10]	Ej relevant C
Ferrazzi 2021 [11]	Ej relevant C
Gharbia 2022 [12]	Ej relevant studiedesign
Glazer 2021 [13]	Ej relevant publikationsform
Greve 2011 [14]	Ej relevant studiedesign
Haavaldsen 2023 [15]	Ej relevant studiedesign
Hakizimana 2019 [16]	Ej relevant publikationsform
Karmakar 2021 [17]	Ej relevant C
Lewis 2022 [18]	Ej relevant setting
Lindquist 2021 [19]	Ej relevant studiedesign
Mahase 2019 [20]	Ej relevant publikationsform
Meyer 2022 [21]	Ej relevant studiedesign
Middleton 2018 [22]	Ej relevant studiedesign
Moore 2019 [23]	Ej relevant publikationsform
Nasreen 2022 [24]	Ej relevant studiedesign
Quibel 2020 [25]	Ej relevant publikationsform
Ramachandran 2020 [26]	Ej relevant publikationsform
Rydahl 2019 [27]	Ej relevant studiedesign
Saccone 2019 [28]	Ej relevant C
Souter 2019 [29]	Ej relevant studiedesign
Tita 2019 [30]	Ej relevant publikationsform
Windrim 2021 [31]	Ej relevant publikationsform
Åmark 2021 [32]	Ej relevant C

C = Kontroll

Referenser

1. 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 (Online)*. 2019;364:1344. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.1344>.
2. 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, SWEPIS): Multicentre, open label, randomised, superiority trial. *The BMJ*. 2019;367. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6131>.
3. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz B, Ozdas E, Haberal A. 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;120(2):164-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.08.013>.
4. Aziz A, Iftikhar S, Fatima A, Nasir M, Ali U, Zia F. A study of fetal outcome in induced versus spontaneous labor in nulliparous women at 41 weeks of gestation: Experience from a tertiary care hospital. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2020;14(1):335-7.
5. Bannour I, Bannour R, Chahed S, Khairi H. Prolonged pregnancy, incidence and morbidity... 14th European Public Health Conference (Virtual), Public health futures in a changing world, November 10-12, 2021. *European Journal of Public Health*. 2021;31:iii538-iii9.
6. Bowe S, Mitlid-Mork B, Georgieva A, Gran JM, Redman CWG, Staff AC, Sugulle M. The association between placenta-associated circulating biomarkers and composite adverse delivery outcome of a likely placental cause in healthy post-date pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(10):1893-901. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14223>.
7. Bruinsma A, Keulen JK, Kortekaas JC, van Dillen J, Duijnhoven RG, Bossuyt PM, et al. Elective induction of labour and expectant management in late-term pregnancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2022;16:100165. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100165>.
8. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Gienger A, Cheng YW, McDonald KM, et al. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(4):252-63. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00007>.
9. De Bonrosto Torralba C, Tejero Cabrejas EL, Envid Lázaro BM, Franco Royo MJ, Roca Arquillué M, Campillos Maza JM. Low-dose vaginal misoprostol vs vaginal dinoprostone insert for induction of labor beyond 41st week: a randomized trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica*

- Scandinavica. 2019;98(7):913-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13556>.
10. Elderhorst E, Ahmed RJ, Hutton EK, Darling EK. Birth Outcomes for Midwifery Clients Who Begin Postdates Induction of Labour Under Midwifery Care Compared With Those Who Are Transferred to Obstetrical Care. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(10):1444-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.11.024>.
 11. Ferrazzi EM, Paganelli AM, Brembilla G, Urban G, Bonito M, Fossa D, et al. Healthy foetuses – Misoprostol insert induction (HF-MIND): A multicentre italian study on the misoprostol vaginal insert for induction of labour. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 2021;33(3):161-9. Available from: <https://doi.org/10.36129/jog.33.03.04>.
 12. Gharbia N, Ben Amor A, Sayadi S, Halouani A, Bayar S, Triki A. 447 Management of pregnancy at 41 weeks: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2022;270:e117. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.11.372>.
 13. Glazer K, Danilack V, Werner E, Field A, Savitz D. Term labor induction and cesarean delivery among obese women: Generalizability of evidence from low-risk populations. *Paediatric and Perinatal Epidemiology.* 2021;35(SUPPL 1):73-4. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppe.6-12779>.
 14. Greve T, Lundbye-Christensen S, Nickelsen CN, Secher NJ. Maternal and perinatal complications by day of gestation after spontaneous labor at 40-42 weeks of gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2011;90(8):852-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01175.x>.
 15. Haavaldsen C, Morken NH, Saugstad OD, Eskild A. Is the increasing prevalence of labor induction accompanied by changes in pregnancy outcomes? An observational study of all singleton births at gestational weeks 37-42 in Norway during 1999-2019. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023;102(2):158-73. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14489>.
 16. Hakizimana A, Ntsumbumuyange D, Rulisa S, Magriples U. 285: Evaluation of perinatal outcomes with labor induction versus spontaneous labor in Kigali, Rwanda. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2019;220(1):S202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.306>.
 17. Karmakar S, Bid S, Maiti TK. Effects of induction of labor on maternal and perinatal outcome in postdated nulliparous pregnancy. *Journal of SAFOG.* 2021;13(2):106-10. Available from: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1870>.
 18. Lewis S, Zhao Z, Schorn M. Elective Induction of Labor or Expectant Management: Outcomes Among Nulliparous Women with Uncomplicated Pregnancies. *J Midwifery Womens Health.* 2022. Available from: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13313>.

19. Lindquist AC, Hastie RM, Hiscock RJ, Pritchard NL, Walker SP, Tong S. Risk of major labour-related complications for pregnancies progressing to 42 weeks or beyond. *BMC Medicine*. 2021;19(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01988-5>.
20. Mahase E. Inducing labour at 41 weeks may be safer than "wait and see" approach, study finds. *The BMJ*. 2019;367. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6617>.
21. Meyer C, Cohen E, Girault A, Goffinet F. Nulliparous women with an unfavourable cervix at 41 weeks: Which women go into spontaneous labor during the expectant period? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022;269:35-40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.12.018>.
22. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;2018(5). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4>.
23. Moore RL, O'Connor C, Byrne F, O'Herlihy C, Walsh JM. 793: Obstetric and neonatal outcomes in prolonged pregnancies at or beyond 42 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(1):S518-S9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.816>.
24. Nasreen SKZ, Shahreen S. Comparing outcomes of labor induction at 40 versus 41 weeks of gestation. *Medical Journal of Malaysia*. 2022;77(8).
25. Quibel T, Raynal P, Bouyer C, Rozenberg P. Evolution of the cesarean delivery rate from 37 weeks of gestation among nulliparas or how to evaluate the external validity of a randomized North American trial about induction of labor. *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*. 2020;48(4):346-50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.01.026>.
26. Ramachandran A, Mahajan T, Ooi S, Balendran J, Htun S, Mackie A. Risk of late stillbirth for women of South Asian ethnicity: Is induction of labour at 40 weeks the way forward? *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2020;56(SUPPL 1):139-40. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpc.14868>.
27. Rydahl E, Eriksen L, Juhl M. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: A systematic review. *JBISIRIR-2017-003587*. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003587>.
28. Saccone G, Della Corte L, Maruotti GM, Quist-Nelson J, Raffone A, De Vivo V, et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019;98(8):958-66. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13561>.
29. Souter V, Painter I, Sitcov K, Caughey AB. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(3):273.e1-e11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.223>.

30. Tita AT. 128: Maternal and perinatal outcomes by gestational age with expectant management of full-term low -risk nulliparas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(1):S100-S1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.149>.
31. Windrim C, Higgins S. Postterm induction: Is 42 weeks worth the wait? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2021;128(SUPPL 2):143-4. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12-16715>.
32. Åmark H, Pilo C, Hulthén Varli I. Stillbirth in term and late term gestations in Stockholm during a 20-year period, incidence and causes. *PLoS ONE*. 2021;16(5):e0251965. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251965>.