

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) takker for henvendelsen fra Styrelsen for Patientsikkerhed vedrørende anvendelse af hindeløsning. Besvarelsen af de stillede spørgsmål er primært baseret på resultaterne fra det senest publicerede systematiske review og metaanalyse omhandlende anvendelsen af hindeløsning til terminen som intervention til at fremme sandsynligheden for spontan fødselsstart og reduktion af behov for igangsættelse af fødslen. Meta-analysen inkluderer 7 studier med 2252 deltagere i alt (1). En grundigere fremstilling af den videnskabelige litteratur bør placeres i en klinisk retningslinje, hvorfor DJS har valgt at besvare de stillede spørgsmål kortest muligt. Vi står naturligvis til rådighed for en yderligere uddybning, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed måtte ønske det.

#### **Formål med og definition af manøvren hindeløsning:**

Hindeløsning foretages i forbindelse med en vaginaleksploration, hvor jordemoderen/lægen med sin pegefingert (eller hvis muligt, både pege- og langfingert) gennem den cervikale kanal manuelt adskiller fosterhinderne fra livmodervæggen. Denne manøvre kan fremme produktionen af prostaglandin og lede til modning af de cervikale forhold. Man formoder, at denne proces initierer fødselsstart og reducerer behovet for igangsættelse af fødslen (1). Hindeløsning anbefales af National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i England til alle kvinder med normalt forløbende graviditeter og med forventet ukomplicerede fødsler til terminen. Formålet med hindeløsningen er at øge sandsynligheden for spontan fødselsstart og reducere behovet for igangsættelse på grund af overbårenhed (2).

#### **Spørgsmål til DJS**

1. Ser I en risiko for patientsikkerheden ved at jordemødre selvstændigt (uden ordination eller delegation fra læge) laver hindeløsning?

**Svar:** Nej. I den seneste meta-analyse af randomiserede kontrollerede studier, der sammenlignede hindeløsning med ingen intervention, fandt man, at kvinder, der havde modtaget hindeløsning, havde en 20,5% forøget sandsynlighed for at gå spontant i fødsel (RR 1.205, 95% CI: 1.133–1.282,  $p < .001$ ). For kvinder i hindeløsningsgruppen reduceredes behovet for igangsættelse af fødslen på grund af overbårenhed med 47,7 % (95% CI 40.9–66.9%). Man fandt ingen forhøjet risiko forbundet med hindeløsning for hverken mødre eller børn (kejsersnit, blødning, infektion, asfyksi, neonatal indlæggelse).

2. Hvis jordemødre selvstændigt skal lave hindeløsning, fra hvilken gestationsalder er det da hensigtsmæssigt?

**Svar:** Jordemoderens selvstændige virksomhedsområde indbefatter raske gravide kvinder til termi-  
nen med et barn i hovedstilling. I meta-analysen finder man, at hindeløsning fra gestationsalder (GA)  
40+0 har en fremmende effekt på opnåelse af spontan fødsel og reduktion af behov for igangsæt-  
telse. Ligeledes finder man, at allerede fra GA 38+0 er der effekt af hindeløsning som fremmende  
for opnåelse af spontan fødselsstart sammenlignet med ingen intervention.

Forfatterne anbefaler derfor hindeløsning som et tilbud til alle gravide kvinder uden kendte risiko-  
faktorer, der måtte være kontraindicerende for manøvren. Ligeledes kan hindeløsning anvendes fra  
GA 38+0, hvor individuelle forhold hos kvinden indikerer et behov for fødselsmodning før 40+0, da  
der er påvist positiv effekt fra denne gestationsalder (1).

3. Er der graviditeter, hvor det ikke er hensigtsmæssigt, at der laves hindeløsning?

**Svar:** Ja. Hindeløsning kræver en individuel faglig vurdering med undersøgelse af fosterets lejrning og  
eventuelle tilstande, hvor hindeløsning kan være kontraindiceret som fx ved placenta prævia, vasa  
prævia samt andre tilstande, hvor vaginal fødsel ikke anbefales eller er mulig. Det er ikke hensigts-  
mæssigt at foretage hindeløsning, hvis de indvendige forhold er meget umodne – ofte vil dette i  
praksis slet ikke være muligt (hvis cervix er lukket og/eller konsistensen er fast).

Det er vigtigt at understrege, at hindeløsning er en manøvre, som kvinden skal informeres grundigt  
om og samtykke til, herunder have information om eventuelle bivirkninger, der inkluderer ubehag  
ved selve behandlingen, risiko for smerter og ubehag i tiden efter behandlingen, risiko for let blød-  
ning samt grundig information om den forventede effekt af behandlingen.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Jordemoderfagligt Selskab,



Katja Schrøder,  
Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab  
[kschroeder@health.sdu.dk](mailto:kschroeder@health.sdu.dk)

#### Referencer:

1. Avdiyovski H, Haith-Cooper M, Scally A. Membrane sweeping at term to promote spontaneous labour and reduce the likelihood of a formal induction of labour for postmaturity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2019;39(1):54-62.
2. NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. London: NICE; 2008 (Last updated February 2019).