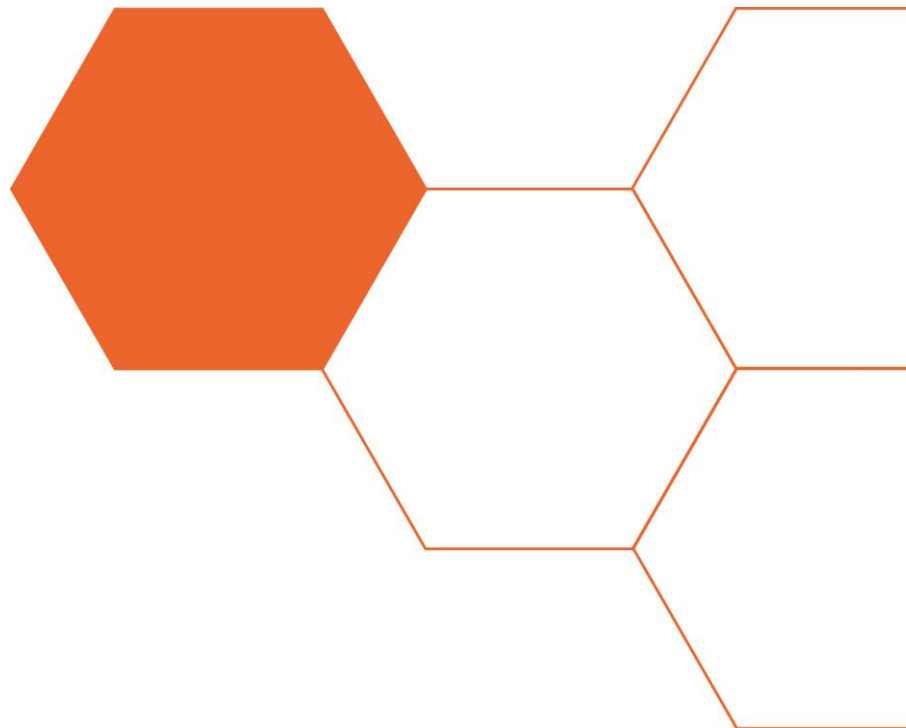


Regional riktlinje för Normal förlossning

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.



Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| Förord..... | 3 |
| Dokumentinformation | 5 |
| Giltighet..... | 5 |
| Sökord | 5 |
| Uppdrag, fastställande giltighetstid | 5 |
| Vårdprogramsgrupp | 5 |
| Förankring och remissyttrande | 5 |
| Mål | 5 |
| Psykosocialt omhändertagande | 6 |
| Målgrupp..... | 6 |
| Ansvarsfördelning, nivåstrukturering | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Definition av normalförlossning..... | 6 |
| Den normala förlossningens faser | 7 |
| Ankomst till förlossningsavdelningen | 7 |
| Vårdtiden på förlossningen..... | 7 |
| Fosterövervakning | 8 |
| Efterbördsskedet..... | 8 |
| Generell omvårdnad under förlossningen | 9 |
| Smärtlindring | 9 |
| Bristning och suturering | 9 |
| Uppföljning | 9 |
| Kvalitetsindikatorer och målnivåer | 9 |
| Kvalitetsregister | 10 |
| Referenser och länkar | 10 |
| | 11 |

Förord

En normal förlossning är en dynamisk process i vilken det ofödda barnet och de maternella fysiologiska och psykologiska faktorerna samverkar. En förlossning kan endast definieras som normal retrospektivt. Målsättningen är att minst 80 % av kvinnorna ska föda spontant, vaginalt och riskbedömning görs för att avgränsa mot avvikelser.

Informationen till vårdprogrammet har tagits fram av barnmorskor, obstetriker samt neonatolog och har som avsikt att befrämja normal förlossning med bästa möjliga evidens. Det finns olika nationella och internationella definitioner av normal förlossning. Till detta arbete har rekommendationer från internationella och nationella organisationer, WHO (Världshälsoorganisationen), ICM (International Confederation of Midwives, SBF (Svenska Barnmorskeförbundet), SFOG's (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) använts.

Detta vårdprogram avser normal förlossning. Vid avvikelse från normal förlossning hänvisas till lokala riktlinjer och Riskbedömning under förlossning och eftervård.



Pia Lundbom

Tf Hälso- och sjukvårdsdirektör

Dokumentinformation

| | Namn | Position | E-postadress |
|--|---|--|--|
| Huvudansvarig | Jenny-Ann Alvingrip Bodil Herrlin Hedin Christine Rubertsson Nana Wiberg | Barnmorska Barnmorska Barnmorska Överläkare | jenny-ann.alvingrip@skane.se bodil.herrlinhedin@skane.se christine.rubertsson@skane.se nana.wiberg@skane.se |
| Fastställt av | Pia Lundbom | Tf Hälso- och sjukvårds direktör | Pia.Lundbom@skane.se |
| Sakkunniggrupp | Expertgrupp Förlossning | | |
| Kontaktperson Koncernkontoret | Lena Luts | Medicinsk rådgivare | Lena.Luts@skane.se |
| Administrativ kontaktperson | Carina Åkesson | Publicist | Carina.Akesson@skane.se |

Giltighet

| | Giltigt från och med | Giltigt till och med | Ansvarig/huvudförfattare |
|----------------------------|----------------------|----------------------|---|
| Ursprunglig version | 2018-09-19 | 2020-09-19 | Jenny-Ann Alvingrip Bodil Herrlin Hedin Christine Rubertsson Nana Wiberg |
| Revidering | | | |
| Revidering | | | |
| Revidering | | | |
| Revidering | | | |

Sökord

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Uppdrag, fastställande och giltighetstid

Uppdraget att ta fram en riktlinje för Normal förlossning har initierats och genomförts av Expertgrupp förlossning, fastställt av hälso- och sjukvårdsdirektören. Giltighetstid 2 år.

Vårdprogramsgrupp

Expertgrupp förlossning, Region Skåne

Namn: Jenny-Ann Alvengrip, Bodil Herrlin Hedin, Christine Rubertsson, Nana Wiberg

Förankring och remissyttrande

Riktlinjen har skickats på remiss till berörda förvaltningar, privata aktörer och sakkunnigorganisationen i Region Skåne.

Mål

En frisk kvinna

Ett friskt barn

En positiv förlossningsupplevelse

För att uppnå dessa mål rekommenderas

- Att ta del av Mödrahälsovårdens och kvinnans vårdplanering och följa upp den
- Hög närvaro på rummet - en barnmorska per födande kvinna i aktiv fas (har visat minska behovet av smärtstillande läkemedel, förebygga värksvaghet och antalet instrumentella förlossningar)
- Så hög kontinuitet som möjligt
- Den födande kvinnan väljer stödpersoner (anhöriga)
- Vården ges utifrån informerade val och planeras i dialog med kvinnan

Målgrupp

Barnmorskor, läkare, undersköterskor och vårdpersonal som är knuten till förlossningsvården.

Psykosocialt omhändertagande

Närvaro, stöd och information

För att nå målet att kvinnan/paret ska uppnå en positiv förlossningsupplevelse är det viktigt att de känner sig delaktiga i processen och får kontinuerligt stöd av barnmorska.

Skapa trygghet och tillit samt vara positiv och uppmuntrande

Informera fortlöpande om förlossningsförloppet och det fysiologiska skeendet som ett förlossningsarbete innebär.

Ansvarsfördelning, nivåstrukturering

Det är ansvarig barnmorskas uppgift att urskilja ett normalt förlossningsförlopp från ett avvikande.

Barnmorskan ansvarar för all vård så länge förloppet är normalt. Om förlopp eller symptom utanför det normala uppstår ansvarar barnmorskan för att kontakta läkare.

Definition av normal förlossning

- Spontan start med värkar eller vattenavgång med värkar och ett okomplicerat förlopp fram till och med moderkakans framfödande
- Enkelbörd, huvudbjudning med normal fostervikt (mellan +/- 2SD, +/- 22 %) vid graviditetslängd vecka 37+0 till och med 41+6
- Inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall
- Välmående mor och barn som vårdas hud-mot-hud och ges möjlighet att amma inom en timme efter förlossningen

Den normala förlossningens faser

Det finns ingen allmän vedertagen definition för när kvinnan är i aktiv förlossning (bilaga 1). Enligt WHO 2018 definieras latent och aktiv fas som;

Latensfas: karakteriseras av smärtsamma sammandragningar som kommer oregelbundet och med cervixpåvekan i olika grad tills modermunnen är öppen 4-5 cm

Aktiv fas: karakteriseras av smärtsamma sammandragningar som kommer regelbundet och med snabbare påverkan på cervix öppningsgrad från 4-5 cm tills att barnet är framfött.

Aktiv fas delas upp i öppningsskede och utdrivningsskede:

Öppningsskedet

Öppningsskedet innefattar barnets nedträngande i bäckenet och modermunnens öppnande från 4-5 cm och till fullvidgning, 10 cm. Normal progress definieras med en öppningsgrad på två cm eller mer under fyra timmar.

Kontinuerlig bedömning görs av kvinnans välmående och av förlossningsprogressen. En helhetsbedömning, inklusive riskfaktorer, dokumenteras i journalen minst var fjärde timme.

Utdrivningsskedet

Utdrivningsskedet indelas i två faser, nedträngningsfasen/krystningsfasen.

Nedträngningsfasen, från det att cervix är fullvidgad fram tills att huvudet är slutroterat beräknas inte ta mer än tre timmar.

Krystningsfasen startar i och med att kvinnan får krystimpuls, börjar krysta och avslutas med att barnet föds fram. Under förutsättning att kvinnan och barnet mår bra finns ingen anledning att påskynda kvinnans spontana krystning dock beräknas krystfasen inte ta mer än två timmar.

Ankomst till förlossningsavdelningen

Barnmorskan gör en riskbedömning baserad på anamnes, journaldata och undersökningar som dokumenterats i journalen.

Undersökningar

- Yttre palpation för bedömning av fosterläge
- Värkstatus palperas
- Avlyssning av fosterljud med trätratt (Pinards stetoskop)
- CTG- intagningstest
- Blodtrycksmätning och puls
- Vid eventuell vattenavgång, bedömning av fostervattnets färg, lukt och mängd
- Vaginalundersökning med observation av blödning
- Mammans temp
- Bedömning av smärtintensitet och behov av smärtlindring
- Genomgång av eventuell födelseplan tillsammans med kvinnan/paret

Vårdtiden under förlossningen

Ny bedömning görs vid överrapportering och vid nytillkomna riskfaktorer samt minst var fjärde timme.

1. Progress av förlossningsförloppet
2. Barnets tillstånd
3. Mammans tillstånd
4. Bedömning av eventuella nytillkomna riskfaktorer

Fosterövervakning

CTG – övervakning för bedömning av barnets tillstånd sker enligt följande rekommendationer.

Efter reaktiv CTG -intagningstest kan man utgå från:

Öppningsskedet

- Auskultering av fostrets hjärtfrekvens under minst 1 minut var 15:e till 30:e minut i slutet av värk samt i värkpaus (Pinards stetoskop alternativt doppler) och

- Intermittent CTG 20-30 minuter varannan timme.

Övervakningen dokumenteras och signeras i journalen.

Utdrivningsskedet

Auskultering efter varje värk alternativt kontinuerlig CTG. Om utdrivningsskedet överstiger 1 timme för förstföderskor respektive 30 min för omföderskor rekommenderas kontinuerlig CTG registrering.

Efterbördsskedet

Efterbördsskedet kan i samråd med kvinnan handläggas avvaktande eller aktivt.

Man kan avvakta med intervention till 30 min efter barnets födelse om kvinnan inte blöder. Det nyfödda barnet bör inte utan starka skäl separeras från modern och ska ligga hud-mot-hud för att främja amning och förhindra nedkylning.

Avvaktande handläggning

- Expektans tills moderkakan lossnat och krystas ut när uterus "toppat sig".

Aktivt

- Oxytocin ges intramuskulärt eller intravenöst.
- Lätt dragning i navelsträngen samtidigt med ett lätt tryck över uterus, placenta leds ut samtidigt som mamman krystar

Vid både avvaktande och aktiv handläggning av efterbördsskedet

- Avnavling utförs efter att pulsationerna i navelsträngen upphört, tiden dokumenteras för när avnavling/klampning görs.
- Blödningsmängden ska mätas/vägas för att få uppskattning om den totala mängden som dokumenteras i journalen.
- Moderkakan och fosterhinnor inspekteras så de bedöms fullständiga.
- Uterus palperas för att bedöma kontraktion och position (mellan symfys och navelplan) och görs regelbundet till och med två timmar efter partus.
- Barnet läggs hud-mot-hud på mammans bröst. Om barnet inte kan ligga hud-mot-hud hos mamman läggs barnet hud-mot-hud hos partner eller anhörig.
- Första amningstillfället observeras inom en timme och dokumenteras.
- K-vitamin injektion intramuskulärt till det nyfödda barnet rutinmässigt direkt efter förlossningen.

Generell omvårdnad under förlossningen

Nutrition och elimination

Kvinnan bör uppmuntras att äta och dricka det hon önskar. Om kvinnan kräks och/eller kissar koncentrerat, överväg intravenös infusion. Det är viktigt att kvinnan tömmer urinblåsan

regelbundet under värkarbetet så att den inte blir utspänd och utgör ett hinder för barnet att tränga ned. Urinblåsan tappas vid behov. Lavemang ges om kvinnan önskar.

Mobilisering

Kvinnan bör uppmuntras till upprätta ställningar och regelbundna lägesändringar. Upprätt kroppsställning är förenat med kortare öppnings- och utdrivningsskede samt mindre upplevd smärta.

Andning/avslappning

Stöd med närvaro av barnmorska på förlossningsrummet och uppmuntran till kvinnan i avslappnings och andningsteknik.

Smärtlindring

Närvaro, empati, trygghet, god kommunikation

Fortlöpande smärtskattning och bedömning om smärtan är hanterbar. Föreslå smärtlindring vid behov.

Icke farmakologiska metoder

- Exempel på dessa metoder är kontinuerligt stöd, massage, avslappning, andningsteknik, akupunktur, TENS, värmedyna, yoga, sterila kvaddlar samt dusch och bad.

Farmakologiska metoder

- Lustgas
- Morfin
- Blockader såsom epidural-, spinal-, paracervikal- och pudendusblockad.

Bristning och suturering

Att förebygga bristningar

- En riskbedömning för bristning bör göras.
- Långsamt framfödande ska eftersträvas. Det finns inte evidens på om främre eller bakre axeln ska födas fram först, invända bjudande axel.
- Yttre press bör undvikas.
- Varm våt duk mot perineum bör användas.
- Manuellt perinealskydd ska användas.
- Förlossningsställningar väljs utifrån kvinnans önskemål och förlossningens förlopp.
- God kommunikation mellan den födande kvinnan och barnmorskan.

Att inspektera bristningar

Bristningar inspekteras och sutureras under god smärtlindring. Palpation per rektum ska utföras för att bedöma bristningens art och grad samt upprepas efter suturering. Bristningen dokumenteras och kvinnan ska informeras om bristningens omfattning och läkningsförloppet. Barnet ska ligga hud mot hud även under inspektion och suturering och inte separeras utan starka skäl

Uppföljning/efterskötning

Efterskötning:

- Blodtryckskontroll
- Palpation av uteruskontraktion och bedömning av uterus nivå
- Kontroll av blödningsmängd, total blödning summeras.
- Kontroll av miktion inom 4 timmar postpartum (extra uppmärksamhet vid smärtlindring med EDA och tidigare tappning under förlossningen).
- Fortsatt hud-mot-hud vård under hela vårtiden, mössa på barnet behövs inte om man är noga med att så mycket hud som möjligt är i kontakt. Amningsobservation dokumenteras och följs upp. Föräldrarna görs uppmärksamma på barnets signaler och välmående.

Barnskötning:

- Gom
- Anus
- Temp
- Längd och vikt
- POX, saturationsmätning

Barnmorskan gör en bedömning av vilken vårdnivå och vårdplanering som mor och barn behöver efter förlossningen.

Kvalitetsindikatorer och målnivåer

Länk till Region Skåne

Kvalitetsregister

Direktöverföring av journaluppgifter till Gravditetsregistret och Medicinska födelseregistret.

Referenser och länkar

<http://backenbottenutbildning.se/index.php/metodik/samlade-rekommendationer>

https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

<http://www.dsog.dk/obstetrik/>

<http://lof.se/wp-content/uploads/Foster%C3%B6vervakning-vid-aktiv-f%C3%B6rlossning.pdf>

https://www.sfog.se/media/325297/bb2_prevention_klipp.pdf

https://www.sfog.se/media/325305/bb4_diagnostik_suturering.pdf

<http://internationalmidwives.org/>

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31472-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31472-6.pdf)

<https://lof.se/wp-content/uploads/SUPC-Plötslig-oväntad-spädbarnskollaps.pdf>

WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf>

<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5573643be4b0551508c6e7c5/1433625659024/150603+Dystoci+DSOG.pdf>

Bilaga 1 Definitioner av aktiv förlossning i nationell och internationell litteratur i ett urval

| Källa | Definition; Aktiv förlossning |
|--|--|
| SFOG och Svenska Barnmorskeförbundet Sverige, 2015 | Minst två av följande: <ul style="list-style-type: none">- Spontan vattenavgång- Spontana, smärtsamma, regelbundna värkar minst 2-3/10 min- Cervix öppen 4 cm, eller utplånad och öppen mer än en centimeter |
| DSOG, Danmark, 2011 | Regelbundna värkar och modermunnen öppen 4 cm |
| Norsk gynekologisk förening, 2014 Veileder i fødselshjelp | Regelbundna värkar och modermunnen öppen 4 cm |
| NICE Clinical Guideline 55 (CG 190) Intrapartum care. England 2017 | Smärtsamma sammandragningar och modermunnen öppen 4 cm |
| WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. | Modermunnen öppen 5 cm eller mer |