

Regional riktlinje för minskade fosterrörelser - rekommendationer för handläggning

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.

Fastställd 2023-10-27
Giltig till 2026-10-27
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer



Innehållsförteckning

Förord.....	1
Uppdrag, fastställande och giltighetstid.....	2
Förankring och remissyttrande.....	2
Inledning	3
Handläggning	4
Riskfaktorer att beakta vid handläggningen.....	6
Fortsatt handläggning.....	7
Flödesschema Minskade Fosterrörelser	8
Sjukskrivning och rehabilitering.....	8
Dokumentinformation	9
Referenser och länkar.....	10

Förord

Minskade fosterrörelser kan vara associerat till intrauterin tillväxthämning, placentainsufficiens, missbildningar, svår fosteranemi och intrauterin fosterdöd. Det finns också en stark korrelation till maternell oro. Upplevelse av minskade fosterrörelser är vanligt, och risken i det enskilda fallet är liten.

Fyra barn av 1000 dör i fosterlivet, en siffra som inte minskat de senaste 25 åren. Handläggningens syfte är att upptäcka en pågående hypoxi eller tillväxthämning som orsak till de minskade fosterrörelserna. Det finns inte evidens för att vissa undersökningar eller åtgärder ger förbättrad överlevnad, men intentionen är att försöka reducera frekvensen intrauterin fosterdöd.

Malmö den 2023-10-27



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Uppdrag, fastställande och giltighetstid

Riktlinjen är en uppdatering av den regionala riktlinjen för minskade fosterrörelser från 2018. Vårdprogrammet inbegriper Socialstyrelsens nationella rekommendationer gällande intrauterin fosterdöd från 2021:

[Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd – Kunskapsunderlag \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

och inkluderar handläggning på kvinnoklinik. Arbetet har initierats av Expertgrupp Förlossning tillsammans med Kunskapscentrum Kvinnohälsa, fastställt av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Förankring och remissyttrande

Riktlinjen har tidigare gått på remiss till berörda förvaltningar via förvaltningscheferna i linjen till bland annat verksamhetscheferna för Kvinnosjukvården, Mödrahälsovården i Region Skåne, Primärvården samt privata aktörer. Riktlinjen har även gått på remiss till sakkunnigorganisationen.

2023-04-21 Revidering av riktlinjen som endast är en förlängning efter genomgång av nuvarande kunskapsläge har stämts av i LPO Kvinnosjukdomar och förlossning. Socialstyrelsens kunskapsunderlag om minskade fosterrörelser från 2016 har bytts ut till 2021 intrauterin fosterdöd.

2023-10-23 Revidering av riktlinje: För att förbättra flödet och minska väntetiden för patienterna har man tagit bort kriteriet graviditetslängd > 36+6 för att det ska göras en läkarbedömning med ultraljud. LPO Kvinnosjukdomar och förlossning ser inte att det finns tillräcklig evidens för att mäta fostervattenmängd samt visualisera fosterrörelser med ultraljud för den här gruppen.

Inledning

De flesta förstföderskor har känt fosterrörelser vid 20 till 24 fullgångna graviditetsveckor. Omföderskor noterar fosterrörelser något tidigare. Varje foster har sitt eget rörelsemönster. Fosterläge liksom neurologisk utveckling hos det växande fostret gör att rörelserna ändrar karaktär under graviditetens gång. Framväggsplacenta och fosterläge med ryggen vänd framåt kan göra det svårare att notera rörelser. Fosterrörelserna brukar öka i antal och styrka med ökande gestationsåldern. I senare delen av graviditeten har fostret vakenhetsperioder med mycket rörelser, och perioder av vila på cirka 20 till 50 minuter (och sällan mer än 90 minuter) då fostret är stilla. Det finns inget som tyder på att rörelserna minskar i slutet av graviditeten, men karaktären på rörelserna kan kännas annorlunda jämfört med tidigare, till exempel mer som ”tryckande” eller svepande rörelser och vridningar. De flesta foster har en dygnsrytm där de är som mest aktiva på eftermiddagen och kvällen. Färre rörelser upplevs i stående och i aktivitet än i liggande och i vila. Det finns dock inga allmänt erkända definitioner av vad som betraktas som normala fosterrörelser. Minskade fosterrörelser får därför bedömas utifrån den individuellt upplevda minskningen.

Det finns förnärvarande inget som talar för att rekommendera kvinnan att räkna fosterrörelser I en nyligen publicerad metaanalys och review artikel kunde man inte se någon minskning av perinatal död, IUFD, SGA eller låg Apgar vid 5 min för de kvinnor som randomiserat till att räkna fosterrörelser jämfört med de som fått sedvanlig information. Man kunde se en liten men signifikant ökning av induktioner, kejsarsnitt och prematur förlossning i gruppen som instruerats räkna fosterrörelser

Det är oklart vilken betydelse och vilka undersökningar man bör göra vid minskade fosterrörelser för att minska incidensen av IUFD och perinatal död. En stor randomiserad studie (AFFIRM trial) gjord i Storbritannien och Irland (n= 409 175) jämförde intervention där man informerade den gravida kvinnan både skriftlig och muntligt om mindre fosterrörelser. Hon fick även tillgång till särskild webutbildning om mindre fosterrörelser. Vid mindre fosterrörelser gjorde man CTG undersökning inom 2 timmar, u-ljud med bedömning av fostervattenmängd inom 12 timmar och viktskattning nästkommande arbetsdag. Man rekommenderade induktion vid gestationsålder >37+0, vid viktuppskattning <10 percentilen, fostervatten <2 cm, patologisk CTG eller vid upprepade kontakter för mindre fosterrörelser. Man såg ingen minskning i frekvensen IUFD, perinatal död. Däremot sågs

en signifikant ökning av antalet induktioner och kejsarsnitt i interventionsgruppen.

Handläggning

I enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer skall alla gravida kvinnor vid besök på Barnmorskemottagning (BMM) i graviditetsvecka 24–25 få muntlig information samt informeras om skriftlig information på 1177 om (minskade) fosterrörelser:

[Minskade fosterrörelser 1177 \(1177.se/skane\)](https://www.1177.se/skane)

Om kvinnan inte är inskriven i vecka 24–25 ges informationen när hon skrivs in.

Information ska ges att kontakta vården vid upplevd minskad fosteraktivitet, och att kontakta på nytt vid förnyad upplevelse.

När en gravid kvinna kontaktar BMM eller kvinnoklinik för minskade fosterrörelser ska följande efterfrågas av rådgivande barnmorska:

- Hur har fostrets rörelsemönster varit tidigare och hur har det förändrats?
- När reagerade kvinnan på detta?
- Vad känner kvinnan nu? Hur har det varit de senaste 1–2 timmarna?
- Är kvinnan frisk?
- Har graviditeten hittills varit normal?

Exempel som tyder på verklig minskning av fosterrörelser: Kvinnan beskriver att fostret blivit mer stilla och att hon inte kan beskriva några tydliga vakenhetsperioder för fostret. Trots att hon har legat på vänster sida och fokuserat på att känna fostret under en till två timmar har hon haft svårt att känna fostret röra sig. Hon beskriver en tydlig skillnad mot hur det brukar vara.

I enlighet med patientinformationen på vårdguiden 1177 skall kvinnan kontakta sin BMM eller sin förlossningsklinik om hon märker minskade fosterrörelser. Vid avvikande rörelseanamnes erbjuds kvinnan kontroll utan fördröjning enligt nedan.

Gravida som nått vecka 24+0 och som inte någon gång känt fosterrörelser ska initialt bedömas på BMM med avlyssning av hjärtljud, och därefter remitteras till förlossningsklinik för ultraljud (inom en vecka).

Gravida som upplevt fosterrörelser och som därefter upplever minskade fosterrörelser innan vecka 24+0 ska erbjudas kontroll på BMM inom en dag för att:

- Avlyssna fostrets hjärtljud med doptone.
- Avgöra om riskfaktorer föreligger.
- Kontrollera blodtryck.

Vid normalt fynd och när fosterrörelser verifierats tillsammans med den gravida kvinnan kan hälsobesöken fortsätta enligt basprogrammet hos barnmorska på BMM. Vid avvikande kontroller eller betydande riskfaktorer ska hänvisning ske till Kvinnoklinik.

Gravida med minskade fosterrörelser efter vecka 24+0 ska utan onödig fördröjning välkomnas till kvinnoklinik, eller annan enhet där CTG-bedömning kan göras, för:

- CTG-registrering (gärna med datorstödd tolkning) med markering av fosterrörelser.
- Bedömning av fostertillväxt med palpation.
- Kontroll av SF-mått i MHV 2.
- Kontroll av blodtryck.

Vid normal CTG, avsaknad av riskfaktorer och om fosterrörelserna upplevs normaliserade kan kvinnan ges lugnande besked och uppmanas till fortsatt observans hemma. Övriga ska bedömas av läkare.

Läkarbedömning med ultraljud för att mäta fostervattenmängd samt fosterrörelser:

- Vid bestående/upprepade upplevelser av minskade fosterrörelser.
- Vid avvikande CTG.
- Misstanke om tillväxthämning.
- Vid riskfaktorer.

Vid avvikande kontroller görs en individuell bedömning i samband med undersökningen. Avsaknad av fosterrörelser tillsammans med patologisk CTG medför i regel förlossning med akut kejsarsnitt. Vid avsaknad av/eller diskreta fosterrörelser tillsammans med oligohydramnion eller avvikande

CTG individuell handläggning, överväg inläggning, induktion eller ytterligare undersökningar beroende på graviditetens längd.

För följande grupper ska även ultraljud för mätning av fostertillväxt göras inom 2 dygn (tillväxtultraljud görs ej om senaste mätning var inom två veckor) Vid misstanke om SGA eller misstanke om placentainsufficiens vid AGA ska även blodflödesmätning göras:

- Avsaknad av fosterrörelser vid mätning av fostervattenmängd.
- Vid minskad fostervattenmängd (AFI <50 mm eller djupaste ficka <20 mm).
- Vid klinisk misstanke om tillväxthämning.
- Vid förekomst av riskfaktorer (se nedan) - *undantag kan göras om patienten åter känner helt normala fosterrörelser, ingen klinisk misstanke om tillväxthämning föreligger, och riskfaktorn inte i sig bedöms utgöra indikation för tillväxt- eller blodflödesmätning.*

Riskfaktorer att beakta vid handläggningen

Riskfaktorer nedan har visats vara associerade med ökad risk för intrauterin fosterdöd eller tillväxthämning. Hur stor riskökningen är varierar mellan studier och beror bland annat på studiepopulation och graviditetens längd. Övervikt är ofta associerat med en cirka tre gånger ökad risk för IUFD.

- Tidigare intrauterin fosterdöd.
- Hypertoni, preeklampsi, eller tillväxthämning under pågående eller föregående graviditet.
- SF-mått under medelvärde för gestationsåldern eller annan misstanke om tillväxthämning.
- Interkurrent sjukdom av betydelse (till exempel diabetes, hyperthyreos, njursjukdom, APLS eller annan autoimmun sjukdom, ICP/hepatos).
- Upprepade episoder av minskade fosterrörelser
- Utsatt socioekonomisk risksituation inklusive våld i nära relation eller språksvårigheter.
- Svår psykiatrisk sjukdom med pågående medicinering.
- Tobaksbruk, drog- eller alkoholmissbruk.
- Ålder: under 18 år, eller förstföderska över 35 år.
- BMI: Förstföderska > 30, eller omföderska > 35.
- Äggdonation.
- Graviditetens längd $\geq 41+0$.

Fortsatt handläggning

Om samtliga kontroller är normala återgår patienten till uppföljning i basmödravården, såvida inte riskfaktor motiverar uppföljning på Spec-MVC (individuell bedömning). *Patienten ska informeras om att ta ny kontakt om hon åter upplever minskade rörelser.*

Vid gestationsålder $\geq 41+0$ veckor bör dock induktion övervägas även vid normala kontroller.

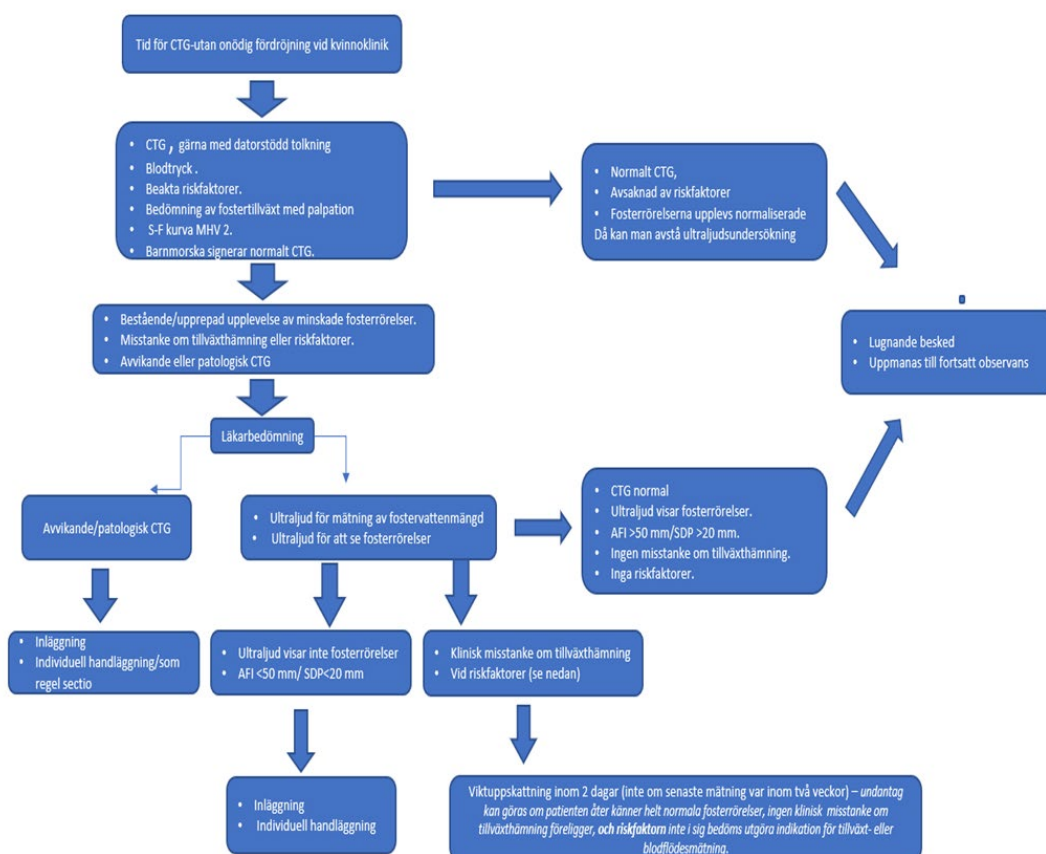
Vid oligohydramnios i kombination med minskade fosterrörelser i fullgången tid, men normal CTG-registrering bör induktion övervägas, om inte andra indikationer för att förlösa med sectio föreligger. Som regel bör en patient med både minskade fosterrörelser och oligohydramnion inte skickas hem oavsett graviditetslängd utan kvarstanna för övervakning och uppföljning.

Vid lättare avvikande CTG-mönster görs förlängd CTG-registrering, och utifrån klinisk situation, CTG-mönster och gestationslängd tas ställning till om man ska förlösa eller utreda ytterligare. Som regel bör en patient med både minskade fosterrörelser och ej normalt CTG inte skickas hem utan kvarstanna för noggrann övervakning.

Vid icke-reaktivt CTG (frånvaro av accelerationer och nedsatt variabilitet), eller **patologiska CTG-förändringar** tillsammans med minskade fosterrörelser är som regel förlossning med akut sectio att rekommendera. CTG ska dock bedömas i relation till gestationsålder, och vid uttalad prematuritet måste man värdera om vidare utredning är motiverad för att om möjligt kunna vinna gestationslängd. Datorstödd CTG-tolkning med bedömning av korttidsvariabilitet kan vara av värde i sådana fall.

Vid **återkommande episoder** med minskade rörelser ska individuell planering göras.

Flödesschema Minskade Fosterrörelser



Sjukskrivning och rehabilitering

[Försäkringsmedicinskt beslutsstöd | Rekommendationer och indikatorer \(socialstyrelsen.se\).](#)

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Hanna Nordlöf	Överläkare	Hanna.Q.Nordlof@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	LPO Kvinnosjukdomar och förlossning		
Kontaktperson Koncernkontoret	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	Susana.Sjokvist@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2018-10-01	2020-10-01	Andreas Herbst, Åsa Leijonhufvud
Revidering	2021-03-02	2023-03-02	Hanna Nordlöf
Revidering	2023-04-21	2026-04-21	Hanna Nordlöf
Revidering	2023-10-27	2026-10-27	Hanna Nordlöf
Revidering			

Referenser och länkar

1. Tveit et al. Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines; a clinical quality improvement BMC Pregnancy Childbirth 2009; 9:32, correction in BMC Pregnancy Childbirth 2010;10:49.
2. RCOG, Green-top guideline 57, 2011.
3. Intrauterin fosterdöd – Nationellt kunskapsstöd Socialstyrelsen 2021.
4. Winje BA, Wojcieszek AM, Gonzalez-Angulo LY, Teoh Z, Norman J, Frøen JF, Flenady V. Interventions to enhance maternal awareness of decreased fetal movement: a systematic review. BJOG 2016; 123:886–898.
5. Bellussi, Federica MD; Po', Gaia MD; Livi, Alessandra MD; Saccone, Gabriele MD; De Vivo, Valentino MD; Oliver, Emily A. MD; Berghella, Vincenzo MD Fetal Movement Counting and Perinatal Mortality Obstetrics & Gynecology: February 2020 - Volume 135 - Issue 2 - p 453-462.
6. Norman, J. E. *et al.* Awareness of fetal movements and care package to reduce fetal mortality (AFFIRM): a stepped wedge, cluster-randomised trial. *The Lancet* 2018 Nov 3;392(10158):1629-1638. (2018).