

Riskgruppering av förlossningspatienter

Förändringar sedan föregående version

Ändringar i denna version är att alla typer av tidigare uterusoperationer ska värderas av läkare och riskbedömas därefter.

Flera GULA faktorer omvandlas inte automatiskt till RÖD om inte läkare bedömer att det ska göras.

Högriskpatienter ska handläggas av erfaren barnmorska som INTE ska ansvara för flera patienter samtidigt.

Sammanfattning

En medicinsk riskbedömning görs för att faktorer som påverkar den medicinska handläggningen ska uppmärksammas. Riskbedömningen lyfts på rond så samtlig personal är informerad. Riskbedömningen ska utvärderas kontinuerligt och vid behov uppdateras.

Förutsättningar

För alla patienter på förlossningsavdelningen, såväl oförlösta som patienter i värkarbete, görs en medicinsk riskbedömning för att faktorer som påverkar den medicinska handläggningen ska uppmärksammas.

Genomförande

Vid inskrivning på förlossningsavdelningen görs en riskbedömning enligt nedan, grundat på anamnes och ankomststatus. Den uppdateras sen som minst i samband med ronder men även däremellan om förutsättningarna ändras.

Ankomststatus ska omfatta

Yttre palpation för att fastställa läge och föregående fosterdel.

Avlyssna gärna fosterljud med tratt.

CTG-intagningstest.

Kontroll av kvinnans puls, BT, vikt (notera högt BMI), vid högt BT tas u-sticka, vid vattenavgång kontrolleras kroppstemperatur.

Vaginalundersökning vid behov.

Konfirmera eventuell förlossningsplan och andra faktorer i ”patientnoteringar” som påverkar handläggningen under förlossningen (till exempel GBS-bärare).

Barnmorskan journalför riskgrupp GRÖN, GUL eller RÖD i sin inskrivningsanteckning och anger vad det är som ger respektive färg, till exempel ” Riskgrupp Gul på grund av induktion”. Riskgrupp anges också på beläggningslistan och på tavlan på förlossningsexpeditionen.

OBS! Kom ihåg att vid behov ändra riskgradering/färg under vårdtiden.

BB-avdelningen gör om riskgrupperingen när patienten flyttats dit.

Grön = Låg risk, handläggs av barnmorska

Gul = Medelrisk, observationsfall

Röd = Högrisk, se åtgärder nedan, läkaransvar

Grön

Frisk kvinna med normal graviditet

Enkelbörd, huvudbudning

Fullgången tid (v. 37+0 – 41+6)

Spontan värkstart

Ingen känd sjukdom eller komplikation hos kvinnan eller fostret som kan påverka förlossningsförloppet

BT <140/90

Normalt intagnings-CTG

Gul

Graviditetslängd <37+0 eller >42+0 (<v. 28+0 = Röd)

Vattenavgång >18 timmar

GBS

Feber

Tjockt mekoniumfärgat fostervatten

Graviditetshypertoni/preeklampsi (svår PE = Röd)

Tidigare kejsarsnitt/annan uterusoperation

Tidigare sfinkterruptur

Anamnes på obstetriska komplikationer till exempel stor post partum blödning >1000 ml, placentaretention som krävt operation, IUFD med mera

Diabetes Whites A-B (grav-dia samt DM typ 1 utan komplikationer)

Duplex (duplex <v. 32+0 = Röd)

Immunisering

Induktion

Måttlig tillväxthämning (<22% i tillväxt)

BMI >30 vid inskrivning på MVC

Avvikande CTG

Värksvaghet/långsam progress

Koniserad utan efterföljande vaginalförlossning

Språksvårigheter med behov av extern tolkhjälp

Oligohydramnios/Polyhydramnios

Omfattande könsstymning

Mild ICP (gallsyror <40)

Känd fostermisbildning

Misstänkt stort barn

Multipara (>/= 5 tidigare förlossningar)

Psykisk ohälsa med psykiatrisk diagnos (medicinering utöver SSRI)

Pågående Fragminbehandling

Observationsfall, till exempel bukobs, blödning, observation efter trafikolycka med mera (kan även vara RÖD, läkarbeslut)

Röd

Svår preeklampsi

Större blödning, oavsett pre- eller postpartal

HELLP

Interkurrent sjukdom med obstetrisk risk, till exempel

- Diabetes Whites C-F
- SLE
- Njursjukdom
- Epilepsi
- Leversjukdom, inkl. svår/högrisk ICP (gallsyror >40)

Stark misstanke om korioamnionit

Induktion (medicinsk) efter tidigare sectio/uteruskirurgi

Oxytocinstimulering efter tidigare sectio/uteruskirurgi

Hög feber/svårt sjuk patient som kräver O-NEWS-bedömningar

Uttalad tillväxthämning med/utan
oligohydramnios/blodflödespåverkan

Fetal malposition, sätesförlossning

BMI > 40

Sectio

Tidigare skulderdystoci

Prematuritet <v.28+0

Tre eller fler gula faktorer blir INTE automatiskt en röd utan ska riskbedömas i samråd med läkare som beslutar om patienten ska klassas som högrisk.

Åtgärder högriskpatienter

Högriskpatienter ska handläggas av erfaren barnmorska som INTE ska ansvara för flera patienter samtidigt.

Primärjour informerar bakjour om patienten.

Planering och handläggning ska dokumenteras i journalen av läkare.

Perifer venkateter sätts och BAS-test skickas.

Ställningstagande till om narkosläkare behöver informeras om patienten.

Bedömning om patienten bör hållas fastande.

Daglig rond av förlossningsbakjour, se rondrutin förlossningen SÄS.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver, specialistläkare, läkarenhet kvinnoklinik, SÄS

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, VO Kvinna och barn, SÄS

Nyckelord

Förlossning, riskgruppering, riskbedömning

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-159

Version: 8.0

Giltig från: 2025-09-29

Giltig till: 2027-09-29