

Vattenförlossning

Förändring från föregående version

Ingen förändring från föregående version.

Sammanfattning

Vattenförlossning innebär att barnet framföds helt under vattenytan och att kvinnan är omgiven av vatten under framfödandet

Allt fler kvinnor efterfrågar möjligheten att föda i vatten och de senaste åren har fler och fler förlossningskliniker i Sverige börjat erbjuda denna vårdform till kvinnor med en så kallad ”lågriskförlossning”. Det saknas idag nationella riktlinjer och rekommendationer kring handläggning av vattenförlossning i Sverige. Det aktuella forskningsläget visar att det är säkert för kvinna och barn att föda/födast i vatten när modern är en frisk kvinna med en okomplicerad fullgången graviditet med okomplicerat förlossningsförlopp.

Förutsättningar

Kriterier för att erbjudas vattenförlossning

Följande kriterier ska vara uppfyllda för att en kvinna skall erbjudas att föda i vatten:

Kvinnan önskar föda i vattnet.

Tillgång till barnmorska/personal som är trygga med att handlägga vattenförlossning.

Kvinnan har förmåga att själv ta sig i och ur badet.

Normal, okomplicerad och fullgången graviditet (v 37+0 - 41+6).

Huvudläge, simplexgraviditet.

CTG klassificeras normalt.

Normal progress.

Ingen pågående medicinering (undantag Levaxin, SSRI, vitaminer och järntillskott).

Anmärkning: Kolonisering med GBS (grupp B streptococcer) handläggs på sedvanligt sätt och utgör inget hinder för vattenförlossning. Antibiotikaproylax ska vara given.

Kontraindikationer för att föda i vatten

Avvikande eller patologiskt CTG.

Patient som är riskbedömd som högrisk

Tjockt mekoniumfärgat fostervatten.

Maternell feber eller känd infektion.

Aktiv herpes simplex.

Blodsmitta.

Riklig vaginal blödning.

Sederande läkemedel eller EDA.

MRB – multiresistenta bakterier.

Förväntat stort barn eller andra riskfaktorer för skulderdystoci.

Komplikationer som uppstår i eller under förlossningsarbetet.

Behov av Oxytocininfusion.

Tidigare sectio

Kvinna med tidigare sfinkterruptur

Tidigare könsstympad kvinna

Relativa kontraindikationer – individuell bedömning i samråd med sektionsledare

Svagt mekoniumfärgat fostervatten.

Långvarig vattenavgång.

Tidigare stor blödning >1000 ml.

Graviditetshypertoni.

Genomförande

Handläggning av vattenfödelse

Håll vattnet så rent som möjligt. Innan bad ska kvinnan erhålla ett klyx alternativt vattenlavemang.

Om det trots vidtagna åtgärder kommer avföring ska detta fiskas upp och slängas. Vid kraftig kontaminering av vatten ska det bytas.

Erbjud kvinnan mycket dryck och påminn om regelbundna toalettbesök.

Fosterljudsövervakning sker enligt PM. Om basalfrekvens över 160 eller stigande basalfrekvens ska badet avbrytas under 20 minuter. Kontrollera kvinnans temperatur och dokumentera denna i partogrammet. Om basalfrekvensen normaliseras under den tiden kan badet återupptas.

Observera att vattentemperaturen bör vara 37–37,5 grader. Högre temperaturer kan ge fostertakykardi som innebär ökad risk för fetal distress.

Kontrollera temperaturen i vattnet när utdrivningsskedet startar, och dokumentera i journalen. Temperaturen bör vid barnets framfödande inte understiga 36 grader (för att andnings start inte ska triggas genom avkylning innan barnet kommit upp ur vattnet).

Lämna badet om det råder minsta tveksamhet om kvinnans eller barnets välbefinnande eller om någon risk för komplikation föreligger.

Ring in assisterande barnmorska i slutet av krystningsskedet för att bevaka CTG. Den förlösande barnmorskan ser inte CTG-skärmen, så samarbete krävs.

Aktivt perinealskydd tillämpas på sedvanligt sätt. Långsamt framfödande förordas och förutsätter en tydlig kommunikation med kvinnan.

Barnet bör födas under en värk. Undvik att röra vid ansiktet så att andningen inte stimuleras under vattnet.

Barnet ska födas helt under vatten utan kontakt med luft tills det lyfts upp med huvudet först ovanför vattenytan. **Under inga omständigheter får det sänkas ner under vattenytan igen!**

Vid en vattenförlossning finns det en något ökad risk för att man sträcker navelsträngen för mycket och att den då kan gå av. Var därför försiktig när barnet lyfts upp till mammans bröst. Se till att ha ett par peanger nära i händelse av att navelsträngen går av så att du snabbt kan klampa.

Navelsträngsprover tas på sedvanligt sätt, ta provet från en del av navelsträngen som inte är omgiven av vatten.

Erfarenhet visar att barn som är födda under vatten kan upplevas som lugnare strax efter födseln än vid konventionell förlossning. De har god andning, tonus och hjärtfrekvens men skriker inte lika mycket. Observera och bedöm fortlöpande barnets tillstånd.

Ingen avnavling under vattenytan. Vid behov av snabb avnavling, klampa på sedvanligt sätt.

Överväg att låta kvinnan lämna badkaret före efterbördsskedet. Om kvinnan kvarstannar; tappa ur vattnet. Eftersträva att kvinnan kommer ur badkaret och att placenta avgår utanför badkaret då det är lättare att mer korrekt värdera blödningsmängden.

Om kvinnan snabbt skulle behöva komma ut ur badet: se till att golvytan från badkaret till sängen hålls ren från saker, att det inte är

blött eller ligger sladdar i vägen. Sängen dras fram till badet och kvinnan hjälps snabbt ut med hjälp av personal.

Torka noga av mor och barn så att de inte blir avkylda.

Rengöring av badkar

Om vattenförlossning planeras ska badkaret täckas med för ändamålet avsett badkarsskydd i plast. Se till att det sluter tätt och informera patienten att det blir mycket halt i badkaret, lägg gärna en handduk vid fötterna under plasten för att minska risken för halkolyckor.

Vid behov av byte av vatten samt vid urtappning av vatten görs ett litet hål i plasten där avloppet i badkaret är. Större koagel, avföring med mera fiskas upp med håv och slängs, de mindre ska fångas upp i plastskyddet och slängas. Får ej spolans ner i avloppet.

Duschkunstycke och slang monteras bort och diskas i avsedd maskin enligt rutin mellan varje patient.

Ansvarig personal ska byta arbetskläder efter att ha assisterat vid vattenförlossning.

Badkaret rengörs med allrengöringsmedel och skurborste. Eftertorka med sprit.

Regelbunden översyn av duschsilar ska göras med 3–6 mån intervall.

Dokumentation

Vattenförlossning ska dokumenteras i FV1 under förlossningsställning som ”annan ställning”

Fyll i åtgärds-koden DM008 Vattenförlossning i Obstetrix.

Notera i förlossningsloggaren att vattenförlossning har skett.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver specialistläkare, kvinnoklinik, SÄS

Arbetsgruppen har bestått av Veronica Björkström (senior bm)

Carina Bengtsson (usk) Elin Lindroth (BM)

Susanne Gustavsson (BM) Linn Siljeholm (BM)

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, kvinnoklinik, SÄS

Nyckelord

vattenförlossning

Referenser

1. Úlfsdóttir H. To give birth in water [avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2019.
2. Úlfsdóttir H., Saltvedt, S., Georgsson, S., (2018) Waterbirth in Sweden- a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 97(3): 341–348
3. Vattenförlossning, är det säkert för barn och kvinna? HTA-rapport 2019:51, Metodrådet

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Granskad av: Johanna Källén, (johka87), Medicinsk sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-193

Version: 7.0

Giltig från: 2026-04-17

Giltig till: 2028-04-09