OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Kvinnosjukvård
Innehållsansvar: Viola Lindberg Nyman, (violi), Barnmorska
Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-09-01
Giltig till: 2028-09-01

Normalförlossning handläggning

Innehåll

Revidering i denna version 2
Handläggning vid normal förlossning 2
Målgrupp 2
Ansvarsfördelning 2
Mål och arbetssätt 2
Definition av normal förlossning 2
Den normala förlossningens faser 3
Bemötande och omhändertagande 3
Ankomst till förlossningsavdelningen - det första mötet 3
Delaktighet och information 4
Stöd och närvaro 5
Basal omvårdnad - nutrition - elimination 5
Andning och avslappning 5
Smärtlindring 5
Handläggning under öppningsskedet 5
Handläggning under latensfasen 5
Handläggning under aktivt öppningsskede 6
Handläggning under utdrivningsskedet 7
Handläggning under den passiva nedträngandefasen 7
Handläggning vid krystning 7
Handläggning vid födelsen 7
Handläggning av efterbördsskedet 8
Handläggning vid suturering 8
Efterskötning av mor och barn 8
Referenser och länkar 9

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Revidering i denna version

Förtydliganden och språkliga ändringar.

Handläggning vid normal förlossning

Detta dokument är utarbetat med utgångspunkt i WHO:s definition och rekommendationer för handläggning vid normal förlossning för både förstföderskor och omföderskor [1]. En normal första förlossning med en positiv upplevelse är en god investering inför kommande graviditeter och förlossningar. Valda delar av dokumentet kan även tillämpas vid förlossningar med skärpt övervakning.
Syftet med detta dokument är att skapa en enhetlig rutin vid handläggning av normal förlossning.

Målgrupp

Alla undersköterskor, läkare och barnmorskor som är verksamma på förlossningsavdelningen.

Ansvarsfördelning

Barnmorskan ansvarar för att självständigt handlägga normal graviditet, förlossning och postpartumperiod[2]. Detta innebär att det är barnmorskans ansvar att

- urskilja ett normalt förlossningsförlopp från ett avvikande
- bedöma förlossningens progress och identifiera avvikelser samt behov av vårdåtgärd
- vid avvikelser planera handläggning tillsammans med läkare

Mål och arbetssätt

Vi arbetar tillsammans i ett öppet och tillåtande klimat där allas kunskap och erfarenhetsbas tas till vara. Kollegialt erfarenhetsutbyte och reflektion, samråd och kunskapsöverföring stärker den mindre erfarna och gynnar därmed den enskilda födande kvinnan.

- Målet för förlossningsvården är att med minsta möjliga ingrepp i förlossningsförloppet verka för en trygg och säker förlossning med en frisk mor, ett friskt barn och en positiv förlossningsupplevelse[3].
- Vården ska vara personcentrerad. Ur ett patientperspektiv handlar det om att bli tagen på allvar, ta eget ansvar och vara delaktig i beslut om vård och behandling genom informerat val och samtycke. Detta sker genom fortlöpande information och dialog för att skapa trygghet och tillit[4].

Definition av normal förlossning

- Enkelbörd
- Graviditetslängd mellan 37+0 och 41+6

- Vid förlossningens start föreligger inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall
- Värkarbetet startar spontant
- Barnet föds spontant i huvudbjudning
- Välmående mor och barn som vårdas hud-mot-hud och ges möjlighet att amma inom en timme efter förlossningen[3]

Den normala förlossningens faser

Förlossningens förlopp brukar delas in tre skeden: öppnings-, utdrivnings- och efterbördsskedet. Ett tidigt öppningsskede brukar definieras som latensfas, som så småningom övergår i en mer aktiv förlossningsfas. Det finns dock ingen allmän vedertagen definition för när patienten är i aktiv förlossning[1].

Öppningsskedet indelas i två faser; latensfas och aktiv fas

- Latensfasen karaktäriseras av mer eller mindre smärtsamma sammandragningar som kommer oregelbundet och med cervixpåverkan i olika grad tills modermunnen är öppen 5 cm och cervix är utplånad, det vill säga föregående fosterdel ligger väl an mot cervix.
- Öppningsskedets aktiva fas innefattar barnets nedträngande i förlossningskanalen och modermunnens öppningsgrad från 5 cm till retraherat cervixstatus. Förlossningsprogressen under öppningsskedet följs med hjälp av partogrammets normal- och aktionslinje.

Utdrivningsskedet indelas i två faser; den passiva nedträngningsfasen och krystfasen

- Den passiva nedträngningsfasen definieras från fullvidgad cervix till dess att huvudet är slutroterat och står i det närmaste på bäckenbotten. Nedträngningsfasen tar vanligtvis
  1 – 2 timmar men kan ha längre duration om den födande fått epiduralbedövning, om öppningsskedet gått mycket snabbt eller vid en mindre gynnsam bjudning.
- Krystfasen startar i och med att fostret står mot bäckenbotten. Den födande får en ökad krystimpuls och börjar krysta och avslutas med att barnet framföds.

Efterbördsskedet definieras som tiden från barnets födelse till moderkakans framfödande och omfattar 2 timmar efter placentas avgång.

Bemötande och omhändertagande

Ankomst till förlossningsavdelningen - det första mötet

Att skapa en bekräftande relation ska vara drivkraften i det första mötet med alla patienter. Genom att avsätta god tid för det första mötet möjliggörs att den

födande blir delaktig i sin egen vård tillsammans med partner/stödperson[5].

Åtgärder vid ankomsten

- anamnesupptag och genomgång av eventuella önskemål, oro och eventuell födelseplan
- yttre palpation för bedömning av fosterläge och segment
- avlyssning av fosterljud med tratt för att bekräfta den yttre palpationen
- palpation av värkstatus
- CTG - ankomsttest
- blodtrycksmätning och puls
- vaginalundersökning vid behov - bedömning av utplånings- och öppningsgrad, nivåbestämning av föregående fosterdel, sutur-fontanell, palpabla hinnor ja/nej
- vid vattenavgång görs en bedömning av fostervattnets färg och mängd samt verifiering av föregående fosterdel med ultraljud om den födande återvänder hem
- tempkontroll vid långvarig vattenavgång
- bedömning av smärtintensitet och behov av smärtlindring
- baserat på anamnes, journaldata, aktuellt status och den födandes önskemål görs en bedömning av vårdnivå (grön, gul, röd) och en planering för fortsatt handläggning[6].

Samtal med alla födande vid lämpligt tillfälle om

- aktuella läkemedel och rutiner som rekommenderas under förlossningen (till exempel K-vitamin och Oxytocin post partum och navelsträngs-provtagning)
- krystsamtal och perinealskydd (dokumentera eventuellt tidigare bristning samt bäckenbottenbedömning)
- hud mot hud

Delaktighet och information

Delaktighet är en av de viktigaste faktorerna för att bibehålla och främja ett normalt förlossningsförlopp och ge en positiv förlossningsupplevelse. Den födande och partnerns känsla av delaktighet kan stärkas genom information och ett respektfullt bemötande.

- Delaktighet i födandet innebär möjlighet att delta i beslut och få en individualiserad vård
- Tidigare planering från mödrahälsovården samt exempelvis Aurora och SIV/SIP integreras i förlossningsplaneringen tillsammans med den födandes önskemål
- Genomgående under förlossningsarbetet ges fortlöpande information efter behov om det fysiologiska förlossningsförloppet
- Informerat samtycke vid olika interventioner/rutiner säkerställs och dokumenteras

Stöd och närvaro

Att finnas som stöd ingår i barnmorskans professionella kompetensbeskrivning och främjar den normala förlossningsprocessen och en positiv upplevelse. Den födande väljer själv sina önskade stödpersoner/anhöriga.

- Sörj för hög närvaro på rummet (barnmorska/undersköterska/student)
- Skapa en atmosfär av lugn och ro
- Respektera den födandes behov av integritet
- Eftersträva att minimera antal personer som kommer och går på förlossningsrummet.
- Stärk och bekräfta tilliten till den egna kroppens förmåga att föda[7].

Basal omvårdnad - nutrition - elimination

Förlossningsarbetet – är en på alla sätt krävande utmaning där den födande behöver mycket omsorg i alla skeden av förlossningen

- Sörj för en trivsam miljö på rummet. Ljud/ljus styrs efter den födandes önskemål
- Erbjud mat och dryck kontinuerligt
- Koppla vätskedropp vid behov
- Kontroll av miktion med 3 – 4 timmars intervall

Andning och avslappning

Ge den födande stöd i andnings- och avslappningstekniker. Erbjud massage för att öka välbefinnande och avslappning. Instruera partner/stödperson att stötta genom andning och avslappning.

Smärtlindring

Ge information om både icke farmakologiska och farmakologiska smärtlindringsmetoder i tidig aktiv fas. Var lyhörd till den födandes egna önskemål angående smärtlindringsmetod. Inventera kontinuerligt smärtlindringsbehov och följ upp och dokumentera effekten av given smärtlindring. Tänk på att personalens stöd och närvaro är smärtlindrande i sig[8].

Handläggning under öppningsskedet

Handläggning under latensfasen

Under latensfasen görs en individuell bedömning om den födande ska stanna på förlossningen eller återvända hem. Hänsyn bör tas till önskemål, den psykosociala situationen, behov av smärtlindring och stöd, vila, samt latensfasens duration.

- Om den födande kvarstannar på förlossningsavdelningen är grundregeln att undvika interventioner. Minsta möjliga ingrepp i latensfasen innebär att upprepade CTG kontroller och vaginalundersökningar kan undvikas
- Pröva i första hand icke farmakologiska smärtlindringsmetoder under latensfasen, till exempel TENS, akupunktur, bad och massage

- Fokus läggs på stöd och smärtlindring, behov av vila, mat och dryck. Brist på sömn och dåligt näringsintag under latensfasen kan ge ett förlängt förlopp vid aktiv förlossning[9-11]

Handläggning under aktivt öppningsskede

Minsta möjliga ingrepp under öppningsskedet innebär att stödja det naturliga förloppet. Detta innebär att

- Sträva efter hög närvaro (barnmorska, undersköterska eller student)
- Påbörja partogram först då förlossningen är i aktiv förlossning. Följ progressen via normal- och aktionslinjen för att undvika för tidiga eller för sena interventioner[14]
- Följ förlossningsförloppet med yttre palpation av värkstatus och huvudets nedträngande.
- Vaginalundersökning med cirka 3 timmars intervall, sträva efter att göra undersökningen så fullständig som möjligt för att med hjälp av suturer och fontaneller avgöra barnets bjudning och position förutom öppningsgraden
- Den födande intar de ställningar och positioner som känns bra och vid behov hjälp till att hitta balans mellan rörelse och vila för att undvika att bli uttröttad
- Avlyssna fosterljuden intermittent med tratt eller doppler med 15 – 30 minuters intervall (beroende på värkintensitet) vilket ger information om basalfrekvens rytm och frekvensförändringar. Lyssna under 60 sekunder direkt efter en kontraktion. Palpera om möjligt den födandes puls samtidigt[12]
- CTG-registrering görs med 5 timmars intervall, undvik registrering i ryggläge och eftersträva kort CTG-registrering med god kontakt[13]
- Informera och samtala om den kommande krystfasen och det samarbete mellan barnmorskan och den födande som då är extra viktigt

Handläggning under utdrivningsskedet

Handläggning under den passiva nedträngandefasen

Minsta möjliga ingrepp i nedträngandefasen innebär att

- uppmuntra lägesändringar för att underlätta fosterhuvudets nedträngande i förlossningskanalen
- balansera vila och aktivitet
- invänta - med tålamod - spontan krystkänsla
- kontinuerligt stöd och närvaro är av vikt för att skapa trygghet
- vaginalundersökning med cirka 1,5 - 2 timmars intervall

Handläggning vid krystning

Vid normalt förlopp finns ingen anledning att påskynda spontan krystning.
Minsta möjliga ingrepp i krystfasen innebär att

- patienten följer sina spontana krystimpulser i bekvämast möjliga position
- fosterljuden avlyssnas var 5 minut eller efter varje värk. Om förloppet överstiger 30 minuter kopplas CTG

Barnmorskans uppgift är att guida vid framfödandet för att förebygga bristningar. Detta innebär att

- ha en aktiv kommunikation med den födande
- förlossningsställning väljs efter den födandes önskemål och förlossningens förlopp
- varm duk mot perineum rekommenderas om den födande önskar
- framfödandet sker långsamt
- manuellt perinealskydd används
- framfödandet kan ske under två värkar
- invänta bjudande axel[15]

Handläggning vid födelsen

- Apgarbedömning
- Sen avnavling (efter cirka 3 minuter eller när pulsationer avtagit) tillämpas rutinmässigt när det gäller välmående barn
- Navelsträngsprovtagning enligt rekommendation[16]
- K-vitamin ges efter informerat samtycke

Barnet läggs hud-mot-hud om inget annat önskas. Mössa rekommenderas inte då det hindrar barnets värmereglering, rörelse och hudkontakt. Det nyfödda barnet bör inte utan starka skäl separeras utan bör ligga hud-mot-hud minst de 2 första timmarna för en optimal start. Eftersträva en tyst och lugn miljö för att främja anknytning och för att visa respekt för föräldrarnas behov av integritet. Barnet har kapacitet att ta sig fram till bröstet, stöd föräldern att hitta en bra position för amning [17–18].

Handläggning av efterbördsskedet

Efterbördsskedet omfattar tiden från barnets födelse till och med placentas avgång. Minsta möjliga ingrepp i efterbördsskedet innebär inväntan av placentas spontana lösningsmekanism och avgång i en lugn atmosfär.

- Oxytocin ges efter informerat samtycke så snart som möjligt efter partus
- Var uppmärksam på lösningsblödning och/eller sammandragning
- Avvakta den spontana placentaavgången i 30 minuter vid normal blödning
- Undvik att röra uterus eller dra i navelsträngen innan placenta släppt från uterus för att undvika komplikationer
- När placenta har släppt utskaffas den med ett lätt tryck med den ena handen över uterus och den andra handen med en lätt dragning i navelsträngen alternativt att placenta krystas ut
- Palpera uterus direkt efter placentaavgång. Placenta och hinnor granskas och blödningen mäts. Kärl i navelsträngen kontrolleras
- Regelbundna täta uteruspalpationer (15 – 20 minuter) rekommenderas under 2 timmar postpartum[19]

Handläggning vid suturering

- Bedömning och suturering görs tillsammans med kollega
- Bristningar inspekteras och sutureras under god smärtlindring
- Palpation per rektum ska utföras för att bedöma bristningens art och grad samt upprepas efter suturering för att bedöma perinealkroppens uppbyggnad och tjocklek
- Bristningen och sutureringen dokumenteras och information ges om bristningens omfattning och läkningsförlopp
- Ge god smärtlindring i efterförloppet

Efterskötning av mor och barn

För att säkerställa obruten hud-mot-hudkontakt och för att främja amning, vänta med barnskötning och efterskötning till efter de 2 första timmarna post partum.

Efterskötning mor

- blodtryckskontroll och puls
- palpation av uteruskontraktion och bedömning av uterus nivå
- kontroll av blödningsmängd, total blödning summeras
- kontroll med bladderscan/miktion post partum (extra uppmärksamhet vid smärtlindring med EDA, oxytocininfusion, större bristningar och tidigare urintappning under förlossningen)

Efterskötning barn

- barnobservation (färg, tonus, andning, retbarhet, irritabilitet, sugvillighet)
- översyn hudkostym (huvud, skalpsår, märke efter VE, blåmärken, ryggrad, fistlar med mera)

- fingrar och tår
- fontaneller
- gom
- anus
- temp
- längd, vikt, huvudomfång

Referenser och länkar

1.WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=3DC249C46A35676F6C0863CD34915B3F?sequence=1
2. Svenska Barnmorskeförbundet (2018) Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Version 2.0 publicerad januari 2019) Barnmorskans kompetensområde reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa.
Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf (storage.googleapis.com)
3. Handläggning av normal förlossning. State of the art. 2001
https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf
4. Patientlagen (2015)
1177 Vårdguiden - Syftet med den nya patientlagen
1177 Vårdguiden - Delaktighet i vården
5. Nyman, Downe, Berg. Waiting for permission to enter the labour ward world: first time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. Sexual & Reproductive Healthcare Volume 2, Issue 3, August 2011, Pages 129-134.
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575611000188?via%3Dihub
6. Riskbedömning av patienter på förlossningsavdelning
https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/41536/Riskbed%c3%b6mning%20av%20patienter%20p%c3%a5%20f%c3%b6rlossningsavdelning.pdf?a=false&guest=true
7. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;7: Cd003766.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483123/
8. ABC OM Smärtlindring vid vaginal förlossning (2016)
https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/UU/%5bDXUU%5d/DXUU.pdf
9. Latensfas, handläggning
https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/20854/Latensfas%2c%20handläggning.pdf?a=false&guest=true
10. ACOG committee opinion. No. 687 Approaches to limit intervention during labour, 2019
https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth
11. Dencker A, Berg M, Bergqvist L, Lilja H. Identification of latent phase factors associated with active labor duration in low-risk nulliparous women with spontaneous contractions. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2010;89(8):1034-9.
https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.3109/00016349.2010.499446
12. Maude, Skinner & Foureur. *Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice*. Women and Birth, Volume 29, Issue 3, June 2016, Pages 285-292.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519215003583
13. CTG - Fosterövervakning under förlossning.
https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/21557/CTG%20-%20Fosterövervakning%20under%20förlossning.pdf?a=false&guest=true
14. Selin L, Almström E, Wallin G, Berg M. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. Acta Obstetricia et Gynecologica. 2009; 88: 1352–1357
https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/00016340903358812

15. Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/47270/Sfinkterprofylax%2020f%c3%b6rebyggande%20%c3%a5tg%c3%a4rder%20mot%20skada%20p%c3%a5%20b%c3%a4ckenbotten%20vid%20f%c3%b6rlossning.pdf?a=false&guest=true
16. Effects of delayed compared with early umbilical cord clamping on maternal postpartum hemorrhage and cord blood gas sampling: a randomized trial Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Clausen J, Domellöf M. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 201 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology 92 (2013) 567–574 https://gu-se-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_wj10.1111%2Fj.1600-0412.2012.01530.x&context=PC&vid=46GUB_VU1&lang=sv_SE&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,ola%20andersson%20cord%20clamping&sortby=rank
17.Hud-mot-hud, kroppsnära vård och samsovning https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/39699/Hud-mot-hud%2c%20kroppsnära%20vård%20och%20samsovning.pdf?a=false&guest=true
18. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; 3(3): 1. https://doi.org/0.1002/14651858.CD003519.pub2.
19. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 2. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub5. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub5/epdf/standard

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Viola Lindberg Nyman, (violi), Barnmorska

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-125

Version: 5.0

Giltig från: 2026-09-01

Giltig till: 2028-09-01