

Gäller för: Kvinnosjukvård

Giltig från: 2024-09-02

Innehållsansvar: Anne-Charlotte Selin, (ancse), Barnmorska

Giltig till: 2026-09-02

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Normalförlossning handläggning

Innehåll

Revidering i denna version	2
Handläggning vid normal förlossning.....	2
Målgrupp	2
Ansvarsfördelning.....	2
Mål och arbetsätt.....	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

Revidering i denna version

Sid 5, Handläggning under aktivt öppningsskede; *CTG-registrering görs med 5 timmars intervall, undvik registrering i ryggläge och eftersträva kort CTG-registrering med god kontakt*¹³

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 omföderskor¹. 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 postpartumperiod². 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 förlossningsupplevelse³.
- 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 tillit⁴.

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 förlossningen³

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 förlossning¹.

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.
- 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 patienten fått epiduralbedövning, om öppningsskedet gått mycket snabbt eller vid en mindre gynnsam bjudning.
- Krystfasen startar i och med att fostret står mot bäckenbotten. Patienten 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

patienten blir delaktig i sin egen vård tillsammans med partner/stödperson⁵.

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 patienten återvänder hem
- tempkontroll vid långvarig vattenavgång
- bedömning av smärtintensitet och behov av smärtlindring
- baserat på anamnes, journaldata, aktuellt status och patienten önskemål görs en bedömning av vårdnivå (grön, gul, röd) och en planering för fortsatt handläggning⁶.

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 navelsträngsprovtagning)
- krystsamtal och perinealskydd (dokumentera eventuellt tidigare bristning)
- 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. Patientens och partners känsla av delaktighet kan stärkas genom information och ett respektfullt bemötande.

- Patientens delaktighet i födandet innebär möjlighet att delta i beslut och få en individualiserad vård
- Tidigare planering från mödrahälsovården samt exempelvis Aurora och VIB integreras i förlossningsplaneringen tillsammans med patientens 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 patienten väljer själv sina önskade stödpersoner/anhöriga.

- Sörj för hög närvaro på rummet (barnmorska/undersköterska/student)
- Skapa en atmosfär av lugn och ro
- Respektera patientens behov av integritet
- Eftersträva att minimera antal personer som kommer och går på förlossningsrummet.
- Stärk och bekräfta kvinnans tillit till den egna kroppens förmåga att föda⁷.

Basal omvårdnad - nutrition - elimination

Förlossningsarbetet – oavsett i vilket skede patienten befinner sig - är en på alla sätt krävande utmaning och hon behöver all omsorg som hon kan få, särskilt när hon börjar bli trött. Detta innebär åtgärder för att säkerställa hälsa och öka välbefinnandet.

- Sörj för en trivsamt miljö på rummet. Ljud/ljus styrs efter patientens önskemål
- Erbjud mat och dryck kontinuerligt
- Koppla vätskedropp vid upprepade kräkningar och om patienten av olika anledningar inte vill dricka
- Kontroll av miktion med 3 – 4 timmars intervall

Andning och avslappning

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

Smärtlindring

Ge information om både icke farmakologiska och farmakologiska smärtlindringsmetoder i tidig aktiv fas. Var lyhörd till patientens egna önskemål angående smärtlindringsmetod. Inventera kontinuerligt patientens smärtlindringsbehov och följ upp och dokumentera effekten av given smärtlindring. Tänk på att personalens stöd och närvaro är smärtlindrande i sig⁸.

Handläggning under öppningskedet

Handläggning under latensfasen

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

- Om patienten 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 förlossning⁹⁻¹¹

Handläggning under aktivt öppningskede

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

- Sträva efter hög närvaro hos patienten/paret (barnmorska, undersköterska eller student)
- Påbörja partogram först då patienten är i aktiv förlossning. Följ progressen via normal- och aktionslinjen för att undvika för tidiga eller för sena interventioner¹⁴
- 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
- Patienten intar de ställningar och positioner som känns bra och vid behov hjälp patienten 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 patientens puls samtidigt¹²
- CTG-registrering görs med 5 timmars intervall, undvik registrering i ryggläge och eftersträva kort CTG-registrering med god kontakt¹³
- Informera och samtala med patienten om den kommande krystfasen och det samarbete mellan barnmorskan och patienten 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 - patientens spontana krystkänsla
- patienten har behov av kontinuerligt stöd och närvaro för att känna sig trygg
- vaginalundersökning med cirka 1,5 - 2 timmars intervall

Handläggning vid krystning

Under förutsättning att patienten och barnet mår bra, finns ingen anledning att påskynda patientens spontana 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 patienten vid framfödandet för att förebygga bristningar. Detta innebär att

- ha en aktiv kommunikation med den födande patienten
- förlossningsställning väljs efter patientens önskemål och förlossningens förlopp
- varm duk mot perineum rekommenderas om patienten önskar
- framfödandet sker långsamt
- manuellt perinealskydd används
- framfödandet kan ske under två värkar
- invänta bjudande axel¹⁵

Handläggning vid födelsen

- Apgarbedömning
- Sen avnavling (efter cirka 3 minuter) tillämpas rutinmässigt när det gäller välmående barn
- Navelsträngsprovtagning enligt rekommendation¹⁶
- K-vitamin ges efter informerat samtycke

Barnet läggs hud-mot-hud på mammans bröst om modern inte önskar annorlunda. Mössa rekommenderas inte då det hindrar barnets värmereglering, rörelse och hudkontakt. Det nyfödda barnet bör inte utan starka skäl separeras från modern och bör ligga hud-mot-hud minst de 2 första timmarna för en optimal start. Om barnet inte kan ligga hud-mot-hud hos mamman läggs barnet

hud-mot-hud hos medförälder eller annan anhörig/stödperson. 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 därför patienten att hitta en bra position om hon planerar att amma¹⁷⁻¹⁸.

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 om patienten känner en sammandragning
- Avvakta den spontana placentaavgången i 30 minuter om patienten mår bra och inte blöder
- 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 patienten krystar ut placentan
- 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 postpartum¹⁹

Handläggning vid suturering

- 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
- Bedömning och suturering görs tillsammans med kollega
- Bristningen och sutureringen dokumenteras och patienten ska informeras 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 av miktion post partum (extra uppmärksamhet vid smärtlindring med EDA, 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/Riskbedomning%20av%20patienter%20pa%20forlossningsavdelning.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%20Ohandlaggning.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 obstetrica 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 Obstetrica 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%20c3%20b6rebyggande%20c3%20a5tg%20c3%20a4rder%20mot%20skada%20p%20c3%20a5%20b%20c3%20a4ckenbotten%20vid%20f%20c3%20b6rlossning.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 Obstetrica 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&daptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,ola%20andersson%20ord%20clamping&sortby=rank
17. Hud-mot-hud, kroppsnära vård och samsövning
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/39699/Hud-mot-hud%20c%20kroppsnära%20vård%20och%20samsövning.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/10.1002/14651858.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>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Anne-Charlotte Selin, (ancse), Barnmorska

Granskad av: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare, Annika Månebacke Wändel, (annwa1), Barnmorska, Lena Rehnberg Brandt, (lenre4), Barnmorska, Viola Lindberg Nyman, (violi), Barnmorska

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-125

Version: 4.0

Giltig från: 2024-09-02

Giltig till: 2026-09-02